This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

Consignes d'utilisation

Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

Nous vous demandons également de:

+ *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.

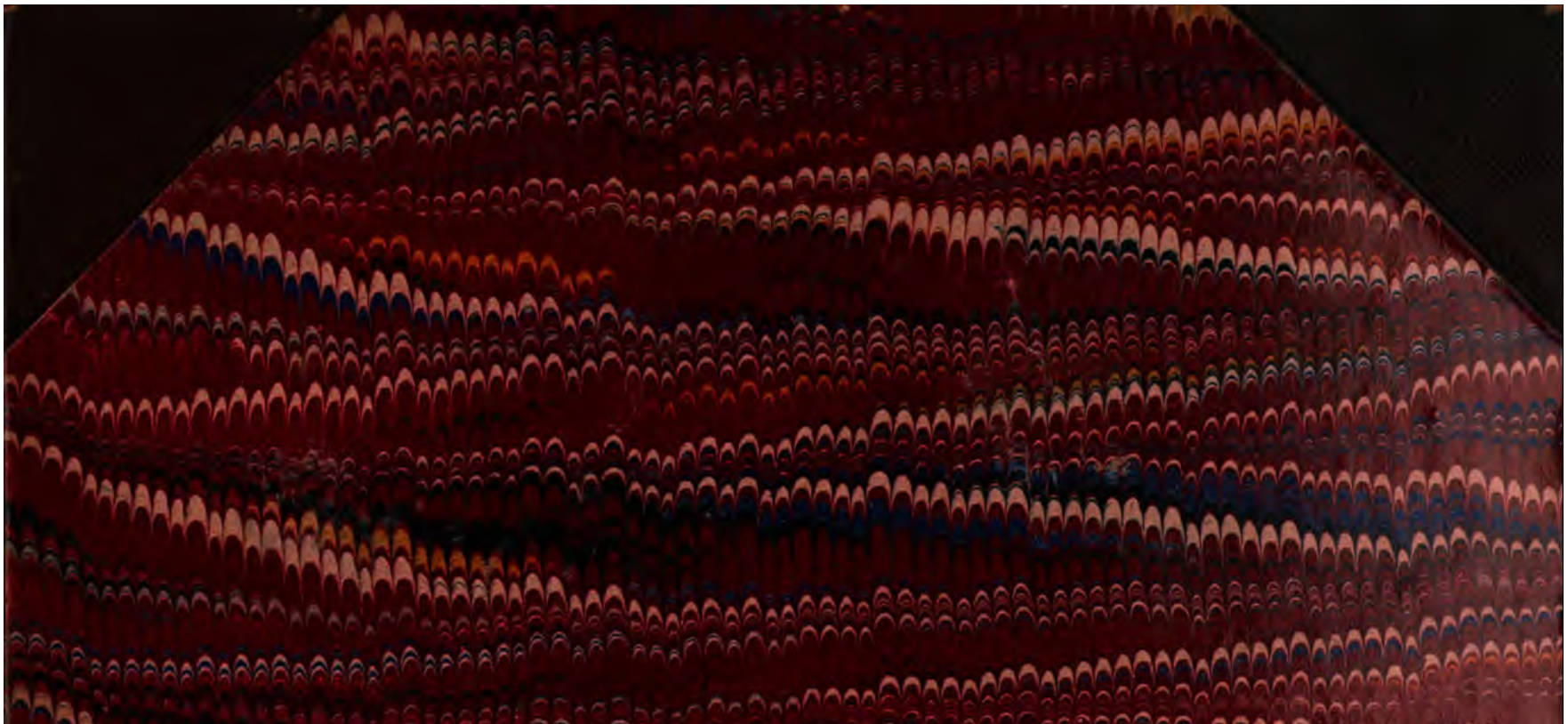
+ *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.

+ *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.

+ *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

À propos du service Google Recherche de Livres

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse `http://books.google.com`



ARCHIVES

DE

NEUROLOGIE

ARCHIVES
DE
NEUROLOGIE

REVUE MENSUELLE

DES MALADIES NERVEUSES ET MENTALES

FONDÉE PAR **J.-M. CHARCOT**

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DE MM.

A. JOFFROY
Professeur de clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine de Paris.

V. MAGNAN
Membre de l'Académie de médecine
Médecin de l'Asile clinique (Ste-Anne).

F. RAYMOND
Professeur de clinique des maladies du système nerveux à la Faculté de médecine de Paris.

COLLABORATEURS PRINCIPAUX

MM. ABADIE (J.), ATHANASSIO, BABINSKI, BALLET, BLANCHARD (R.), BLIN, BOISSIER (F.), BONCOUR (P.), BOYER (J.), BRIAND (M.), BRISSAUD (E.), BROUARDEL (P.), BRUNET (D.), BUVAT (J.-C.), CAHEN, CATSARAS, CESTAN, CHABBERT, CHARON, CHRISTIAN, COLOLIAN, CRUCHET, CULLERRE, DEBOVE (M.), DENY, DEVAY, DUCAMP, DUVAL (MATHIAS), FAUCHER, FEBVRE, FERE (CH.), FENAYROU, FERRIER, FRANCOTTE, GILLES DE LA TOURETTE, GARNIER (S.), GOMBAULT, GRASSET, KERAVAL, KOUINDJY, LADAME, LANDOUZY, LEGRAIN, LENOBLE, LEROY, LWOFF, MABILLE, MARANDON DE MONTYEL, MARIE (A.), MIRALLIÉ, MUSGRAVE-CLAY, NOIR, PARIS (A.), PETIT, PICQUÉ, PIERRET, PITRES, REGIS, REGNARD (P.), RÉGNIER (P.), RELLAY (P.), RICHER (P.), ROTH (W.), SÉGLAS, SÉRIEUX, SOLLIER, SOUKHANOFF, SOUQUES, SOURY (J.), TAGUET, TEINTURIER (E.), THILO (Or.), THULIE (H.), TRUELLE, URRIOLA, VALLON, VASCHIDE, VILLARD, VOISIN (J.), VURPAS, YVON (P.).

Rédacteur en chef : BOURNEVILLE

Secrétaires de la rédaction : J.-B. CHARCOT ET J. NOIR

Deuxième série, tome XII. — 1901.

Avec 19 figures dans le texte.

PARIS

BUREAUX DU *PROGRÈS MÉDICAL*

14, *rue des Carmes.*

1901

BOSTON MEDICAL
JUN 19 1903
LIBRARY.

CATALOGUED
JUN 19 1903
E. H. B.

Vol. XII. Juillet 1901. N° 67.

4226

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

BOSTON MEDICAL LIBRARY
JUN 19 1903

CLINIQUE MENTALE.

Hallucinations psycho-motrices dans la paralysie générale;

PAR

A. MARIE, Médecin en chef à Villejuif. ET J.-B. BUVAT, Interne des Asiles.

On connaît le rôle prépondérant que joue l'hallucination en séméiologie mentale. Ainsi que l'a dit Séglas, l'hallucination « est une perception sans objet » « une perception sans impression » a répliqué Vallon. Elle est à la base de tous les délires, elle en est le facteur prédominant, un des signes capitaux, sinon toujours facile à dépister. Elle peut frapper tous les sens, être auditive, visuelle, olfactive, gustative, motrice, frapper la sensibilité générale ou spéciale. Sa durée est une des conditions de sa différenciation, sa différenciation est aussi fonction des aptitudes et des tendances du sujet.

Les hallucinations de divers ordres se combinent entre elles, s'associent et servent ainsi de charpente au délire. Suivant Séglas, « les malades atteints d'hallucinations verbales de l'ouïe et de la vue sont déjà des auditifs ou des visuels, les hallucinés moteurs verbaux sont, au préalable, des moteurs. Mais, malgré cette tendance du malade à verser, au point de vue de l'hallucination, du côté où il penche, on connaît l'influence des toxiques dans la production des hallucinations. L'alcool produit surtout des hallucinations de la

vue, la cocaïne des hallucinations de la sensibilité générale, sans qu'on puisse connaître la genèse de cette élection du trouble morbide sous l'influence de tel ou tel toxique. Y aurait-il spécificité élective pour des centres déterminés? On ne sait.

Les délirants mystiques théomanes ont des visions caractéristiques combinées souvent à de l'automatisme verbal ou graphique (illuminés, inspirés, prophètes, etc.) que l'un de nous a mis en relief récemment dans une étude faite avec M. Vallon (in *Archiv. Neurol.*, 1896-97, nos 12, 13, 15).

Les persécutés systématiques ont surtout des hallucinations auditives : c'était même là, pour Lasègue, un critérium qui, aujourd'hui, paraît moins certain.

Les folies systématisées religieuses, dépressives ou expansives se traduisent souvent par des troubles psycho-moteurs précoces chez les mélancoliques possédés (Marie et Vallon. *Arch. neurol.*, 1898, nos 29, 30), secondaires et tardifs chez les délirants partiels mystiques ; de là les idées de dédoublement et de possession ou au contraire d'inspiration divine directe (Marie, Mysticisme et folie, *Arch. Neurol.*, 1899, nos 40, 43).

La pathogénie des hallucinations se prête à des interprétations nombreuses. D'abord, on en a fait un trouble périphérique purement sensoriel, puis on en a fait un trouble psychique pur. Baillarger fusionna ces deux interprétations et attribua comme base à l'hallucination un trouble psycho-sensoriel. Plus récemment, Tamburini, étendant à l'hallucination les acquisitions relatives à l'aphasie corticale, en fit un trouble fonctionnel des centres corticaux. « L'hallucination serait aux altérations des centres sensoriaux ce que les mouvements épileptoïdes sont à celles des centres moteurs. » Cette opinion est acceptée par Séglas qui l'a appliquée à l'analyse psychologique des phénomènes psycho-moteurs dans les délires systématisés ; mais les hallucinations se combinent le plus souvent entre elles et leur analyse devient plus complexe lorsqu'elles touchent à des fonctions pour lesquelles concourent plusieurs centres corticaux. Il en est ainsi pour le langage, produit d'une longue éducation et synthèse de fonctions de centres superposés ; le trouble hallucinatoire peut porter sur les images motrices d'articulation, et on a l'hallucination psycho-motrice verbale proprement dite, le trouble hallucinatoire peut porter sur les images

graphiques, et on a l'hallucination psycho-motrice graphique. Chez les délirants systématisés, le trouble hallucinatoire va généralement du simple au composé; il frappe d'abord les acquisitions les plus anciennes pour atteindre les plus récentes, par extension. Nous observons actuellement un persécuté qui a commencé par les hallucinations auditives, puis est arrivé au stade psycho-moteur verbal : ses persécuteurs voyaient sa pensée, la violaient, la faisaient parler malgré lui ; actuellement, il en est au stade graphique : ses persécuteurs le font écrire et ses manuscrits présentent un mélange curieux de pensées à lui et de pensées à eux, et l'écriture est modifiée quand elle traduit la pensée des « violateurs cérébraux ».

Séglas a bien décrit le mécanisme de ces hallucinations psycho-motrices verbales graphiques chez les aliénés en général, montrant que beaucoup d'hallucinations dites psychiques peuvent être considérées comme des cas de troubles psycho-moteurs. Il a surtout étudié les mélancoliques et les persécutés, il ne signale pas le phénomène chez les paralytiques généraux.

Nous publions ici trois observations de paralytiques généraux avec hallucinations psycho-motrices. Si « l'hallucination est aux altérations des centres sensoriaux ce que les mouvements épileptoïdes sont à celles des centres moteurs », l'étude de la paralysie générale, dont les lésions diffuses frappent indistinctement tous les territoires, devrait être un champ d'observations fertile.

Les hallucinations simples chez les paralytiques généraux sont connues et signalées depuis assez longtemps. Girma en a présenté dans sa thèse, sous l'inspiration de Christian, de Luys et de Ritti, une étude d'ensemble, en 1881. Voici sa conclusion :

« Les hallucinations sont très fréquentes dans la paralysie générale, elles peuvent être observées dans toutes les périodes de cette affection, mais principalement dans la période de démence. *Dans la première période, elles peuvent revêtir le caractère psychique;* plus tard, après les congestions cérébrales épileptiformes ou apoplectiformes qui semblent avoir sur leur production une véritable influence, elles sont plutôt sensorielles, fugaces et variées dans les formes expansives; elles sont assez souvent persistantes et identiques à

elles-mêmes dans les formes dépressives, dans les rémissions incomplètes et dans la démence. Elles entrainent des actes impulsifs, mais il est bien rare qu'elles soient, comme chez les hallucinés simples, le point de départ de déduction logique. »

Donc, suivant Girma, chez les paralytiques généraux les hallucinatians peuvent revêtir le caractère psychique dans la première période alors qu'elles sont plutôt psycho-sensorielle plus tard, après les ictus dont il a bien vu l'importance; au cours de son travail, nous relevons trois observations où le caractère psycho-moteur de l'hallucination existe très nettement.

A l'heure actuelle encore, les hallucinations psycho-motrices verbales graphiques sont considérées comme rares dans la paralysie générale. Cela tient peut-être, d'une part, à ce que l'affection évoluant avec rapidité ne permet pas à l'hallucination d'arriver à ce degré de différenciation que la durée du trouble favorise, et, d'autre part, à l'état démentiel très vite accentué dans lequel tombent les malades; démence au sein de laquelle le clinicien dépiste mal l'hallucination psychomotrice verbale, enfin, l'excitation parfois fort violente et qui persiste durant assez longtemps ne permet pas l'investigation clinique, tandis que le mélancolique ou le persécuté viennent parfois eux-mêmes vous conter leurs infortunes.

C'est par poussées à l'apogée de la phase de dynamie fonctionnelle initiale de la paralysie générale au début ou au déclin de périodes de calme relatif de l'affection, dans les cas de rémissions plus ou moins complètes qu'on trouvera de préférence l'hallucination psycho-motrice verbale et graphique.

Ajoutons que, chez les paralytiques généraux, l'hallucination psycho-motrice n'aboutit pas nettement en général au phénomène si curieux du dédoublement de la personnalité; la maladie évolue trop rapidement, les facultés mentales sont trop touchées pour qu'il en soit ainsi.

Nous rassemblons ici les rares observations que nous avons pu recueillir dans les auteurs sur ce trouble morbide au cours de la paralysie générale.

La première observation est tirée d'Esquirol, par Baillarger, qui l'a publiée dans les *Annales médico-psychologiques* de 1881. Il s'agit d'une paralytique qui a eu des hallucinations multiples et qui était possédée par deux démons.

Nous empruntons à l'historique, dont Sérieux a fait précéder sa très complète observation publiée dans les *Archives de Neurologie* de 1894, les faits suivants :

« Mendel, dans son livre (1880), fait allusion à l'existence, chez un sujet atteint de paralysie générale (diagnostic confirmé à l'autopsie) d'obsessions au cours d'un accès mélancolique et hypocondriaque. Le patient se plaignait d'être obsédé sans cesse par des maximes latines et de ne pouvoir qu'à grand peine s'empêcher de les prononcer, puis c'était des refrains de chansonnettes qui le poursuivaient : « c'est comme si ces voix me venaient à la langue ». Mendel ajoute qu'il n'y a pas trace d'hallucinations. Sérieux croit qu'il s'agit là d'onomatomanie compliquée d'hallucinations psycho-motrices. »

Sérieux a publié une observation personnelle complète avec examen microscopique de paralysie générale avec hallucinations psycho-motrices verbales dans les *Archives de Neurologie* de 1894; en voici le résumé :

« Signes somatiques et psychiques de paralysie générale. Accès mélancoliques passagers, accès maniaques avec idées ambitieuses et de persécution. Internement, persistance durant trois mois d'idées de persécution très actives provoquées par des hallucinations de l'ouïe. Rémission très accentuée. Hallucinations motrices verbales de nature pénible. Absence d'autres troubles hallucinatoires et en particulier d'hallucinations auditives. Permanence et activité des hallucinations motrices verbales pendant plus d'un an. Leur association étroite avec un état d'éréthisme des centres masticateurs : l'hallucination motrice verbale s'accompagne de mouvements involontaires de mastications ou de grincement de dents. Ces troubles jouent un rôle dans la genèse des idées de persécutions avec tendances à la systématisation, interprétations et réactions caractéristiques. Bouffées secondaires épisodiques à forme mélancolique (auto-accusation, idées de suicide), accès d'agitation maniaque avec idées de grandeur et de persécution. Hallucinations multiples motrices verbales, kinesthésiques, visuelles, auditives, gustatives, état de confusion hallucinatoire. Pneumonie ; mort. Autopsie. Encéphalite interstitielle avec adhérences méningées localisées systématiquement dans les deux hémisphères à l'extrémité inférieure des circonvolutions rolandiques, à la troisième frontale interne. »

Et Sérieux fait ressortir :

a) L'existence des hallucinations motrices verbales dans la paralysie générale. — *b*) Leur association étroite avec des convulsions

des muscles masticateurs. — *c*) Leur apparition au cours d'une période de rémission à l'état de symptôme isolé sans association d'autres troubles hallucinatoires, leur durée prolongée de seize mois, leur reproduction incessante. — *d*) Leur rôle dans la genèse, au cours d'une rémission, d'idées de persécution avec tendances à la systématisation. Enfin, à l'autopsie, des lésions de méningo-encéphalite intéressant le pied de la troisième frontale (centre moteur verbal) et l'extrémité inférieure de la frontale ascendante (centre masticateur).

Dans une thèse récente sur les hallucinations psycho-motrices dans la paralysie générale (Paris, n° 334, mai 1900), Maurice Ricu a fait une étude d'ensemble des cas d'hallucinations psychiques ou psycho-motrices publiées par divers auteurs, Leroy, Sérieux, en y ajoutant un cas inédit. Il estime que, dans la paralysie générale, les hallucinations motrices verbales sont extrêment rares. Cliniquement, les hallucinations psycho-motrices de paralytiques généraux se présentent avec les mêmes caractères que les hallucinations psycho-motrices observées dans les divers états vésaniques. Elles influent sur le délire des malades suivant des modalités diverses et peuvent s'accompagner d'hallucinations sensorielles soit auditives, soit visuelles.

Les faits cliniques d'hallucinations psycho-motrices verbales, observés au cours de la paralysie générale, sont très peu nombreux jusqu'ici dans la littérature médicale, en raison : de leur rareté au cours de cette maladie, de l'absence de recherche systématique de ces phénomènes dans la plupart des cas, de la difficulté d'arriver à un diagnostic positif. Le diagnostic de ces phénomènes est, en effet, le plus souvent très malaisé, soit à cause de leur fugacité, soit à cause de l'état de démence du sujet ; parfois aussi ces hallucinations psycho-motrices ne se révèlent au médecin que dans les périodes de rémission du paralytique général. D'où l'indication, chez un tel malade, toutes les fois qu'une amélioration se produit de chercher systématiquement à faire un diagnostic rétrospectif des hallucinations psycho-motrices (cas de Sérieux).

En raison des lésions anatomiques habituellement observées dans la paralysie générale, certains auteurs se sont demandés si la production d'hallucinations psycho-motrices, au cours de l'encéphalité parenchymateuse ne pouvait

s'expliquer par une prédominance des altérations pathologiques au niveau des centres psycho-moteurs, et notamment des centres sensorio-moteurs verbal et masticateur (interprétation de Sérieux et Marinesco). Malheureusement, cette théorie se trouve en contradiction avec le défaut des lésions anatomo-pathologiques des centres corticaux et notamment des centres incriminés plus haut chez les hallucinés psycho-moteurs vésaniques ; avec le manque d'hallucinations psycho-motrices dans les cas de lésions microscopiques des centres psycho-moteurs verbaux chez la plupart des paralytiques généraux, avec la généralisation très précoce dans l'immense majorité des cas de paralysie générale.

M. le professeur Joffroy, dans la thèse de son élève, M. Ricu, applique la théorie générale des phénomènes hallucinatoires pour donner une explication plausible des faits. « Il ne suffit pas, pour produire une hallucination, d'activer un centre sensoriel par une lésion irritative, quelque chose de plus est nécessaire, il faut que ce centre soit modifié, il faut qu'il soit préparé d'une manière originelle ou acquise, il doit avoir cette disposition anormale qui le rend hallucinogène et c'est pour cela qu'il n'y a pas de lésion produisant d'emblée les hallucinations. Ce qui semble légitimer cette hypothèse dans le cas des hallucinations motrices de la paralysie générale, c'est la période de la maladie à laquelle on les observe. Il semble qu'on assiste à la désintégration des neurones centraux d'où résultent les troubles psycho-moteurs et leur paraphrase délirante.

Normalement, le courant cellulifuge actionnant les myoneurones se produit dans l'arc nerveux à la suite d'incitations venues des protoneurones. Le sujet se reconnaît alors objet de sensation et cause de mouvement.

L'usure fonctionnelle qui résulte du phénomène normal se répare dans l'état de maladie, l'altération morbide des neurones centraux les fait passer par un état analogue suscitant le courant cellulifuge sans son complément préalable ordinaire; la deuxième portion de l'arc nerveux entre seule en mouvement, le malade assiste à ce déclanchement automatique dont il ne se reconnaît pas l'auteur en l'absence du courant centripète normal, mais l'altération est plus profonde et marque le début ou l'aboutissant du processus destructif des zones corticales-motrices. Tels sont les documents que nous

avons pu rassembler dans la littérature médicale. Nous apportons ici trois observations nouvelles :

Observation I. — L... (Henri), trente-cinq ans, entré à Villejuif, le 17 juillet 1900, venant de l'hôpital Saint-Antoine avec un certificat du Dr Londe, faisant mention de paralysie générale, et, après être passé par le service de l'admission où M. Magnan a délivré le certificat suivant : « Paralysie générale avec idées ambitieuses incohérentes; hésitation de la parole. Inégalité pupillaire. »

Antécédents. — Père en très bonne santé. Mère morte à cinquante ans, a été internée deux fois ; monomane et peut-être paralytique générale. On trouva chez elle des armoires pleines d'objets neufs inattendus, et avait laissé 50 000 francs de dette de tailleur — a dépensé 3 millions en quatre ans, — vivait séparée de son mari. Un oncle mort de paralysie générale.

Le malade est marié, a deux enfants, l'aîné a trois ans, le deuxième quinze mois, ils se portent bien, la femme du malade est en bonne santé. Un frère maternel du malade, âgé de vingt-trois ans est excentrique, dépensier, a eu six semaines de prison pour tentative d'escroquerie envers son père, est allé deux fois à Madagascar. Dans les antécédents personnels, on relève la syphilis, le malade a eu cette affection en pleine adolescence, à seize ans. A eu une existence très mouvementée qui dénote une certaine déséquilibration, Polyglotte, il se présente à l'école navale, il est reçu en 1881, il démissionne pour se présenter à l'école polytechnique où il échoue, il s'engage dans l'infanterie de marine, quitte le service militaire après être allé en Algérie, au Tonkin où il est blessé à la tête ; passe sa licence en droit et erre à travers l'Europe, il habite Sofia trois ans, s'y marie en 1895. Peu de temps après a coup sur coup trois attaques épileptiformes. Grand fumeur, il ne fait aucun excès alcoolique, mais travaille beaucoup, pas d'excès génitaux : il présente un tic de la mâchoire inférieure, depuis ses attaques. A la suite de sa vie errante où il a dilapidé une grosse fortune, il a des difficultés sociales qui l'ébranlent assez fortement ; en 1899, il est obligé d'accepter un emploi dans un bureau pour gagner sa vie, il se sépare à l'amiable de sa femme et de ses enfants aux besoins desquels il ne peut subvenir. Mais déjà le travail du bureau excède ses forces, il sent ses facultés l'abandonner et il a par instant la vision de sa déchéance, il écrit à sa femme qu'il « est atterré du gouffre où il va s'engloutir » puis, peu de temps après, il commence à vendre ses bijoux, ses meubles, il a une satisfaction de lui-même qui fait contraste avec sa situation.

A la fin juin 1900, il est pris d'une bouffée délirante avec agitation, il va à Saint-Antoine, d'où on le renvoie bientôt à l'asile. A son arrivée il est en pleine excitation avec des idées ambitieuses

et de richesse, ayant perdu complètement le sommeil. Il présente tous les signes somatiques de la paralysie générale : ses pupilles sont inégales et ne réagissent plus à la lumière, sa parole présente des accrocs manifestes, sa langue est animée de tremblement fibrillaire et de mouvements de trombone; il a une dissociation mimique nette avec un léger degré de parésie faciale gauche, du tremblement des extrémités, de l'exagération des réflexes rotuliens, de l'instabilité dans la station debout ; les idées sont incohérentes, mobiles, l'agitation continue, la mémoire très affaiblie. L'écriture trahit manifestement le trouble de la mémoire par les mots qu'il oublie et l'incoordination motrice de ses muscles.

Au mois d'août, l'agitation persiste quoique atténuée ; il a des idées de négation : « il dit qu'il n'a plus de cerveau, on le lui a enlevé et on a omis de le lui rendre, on lui a aussi ôté le cœur, le sang, les viscères et les organes génitaux et les organes qu'il a en ce moment sont ceux d'un autre. » Voici littéralement transcrite une lettre qu'il écrit à cette époque.

« Mon cher docteur,

« Je ne sais pas comment se fait que je sens la langue, les dents, les bras, le cœur et l'estomac tout mon être dans toi.

« Je suis profondément en toi mon Bob chéri. — Je ne comprends ce qui m'arrive, mais je ne sais qui m'arrive, écoute, en somme je ne souffre pas et je sais que nous nous adorons, depuis plus de quatre ans que tu ne m'as jamais trompée, ni moi non plus, je te le jure — tu le sais maintenant, tu restes je ne sais pas pourquoi : je sais qu'un homme qui s'appelait le Dr Marie te reçut de ta femme et te retenait toutes tes lettres cependant je t'écrivais tous les cinq jours et jamais tu ne me répons parce que tu étais dedans.

« Lors, amenée à l'hôpital, je suis en toi tu pleures de douleur et je suis terriblement étonnée... (quelques mots illisibles)... et que tu es désespéré d'avoir dans le corps ta Suzanne chérie, ton pigeon rose ta chérie, tu chantais Suzanne, magnificatrice et jolie en anglais et il parait je pense qu'on fera une consécration et je l'espère ; nous serons deux différents et je crois qu'il le pense ; tu sais nous pensons qu'il y a chose magique dans cette affaire. Enfin mon chéri demandes la permission de t'habiller... et qu'il ne te demande rien tu es l'homme...

« Enfin dis au docteur qu'il y a probablement quelque d'obscur et extraordinaire dans ce qui nous arrive. Au fond tu sais mon Bob aimé que au fond on peut nous faire deux êtres et sortir de ton corps, nous fuirons Paris et nous irons en Algérie et faire encore de bonnes affaires. — Entends. « Suz. de C. »

Dans cette lettre, malgré l'incohérence, on s'aperçoit que le

malade parle de lui parfois à la troisième personne, qu'il a quelqu'un, une femme en dedans de lui-même qui lui parle et lui écrit par sa propre main et à qui il parle. Nous l'interrogeons et il nous répond qu'il a deux femmes dans la poitrine qui ne le quittent pas et qui parlent.

Il est en conversation continuelle avec elles, et elles lui disent le plus souvent des choses agréables, érotiques. Parfois même ces femmes empruntent sa voix et causent par sa bouche et ce n'est plus lui qui parle : ils sont deux.

Il écrit encore deux lettres où les mêmes préoccupations sont traduites. L'agitation est continuelle, le malade est violent, déchire et brise, et aucun calmant n'a prise sur son état. Septembre, octobre, novembre se passent ainsi, mais la déchéance physique s'accentue. Au commencement de décembre il doit être alité, il reçoit à cette époque la visite de ses parents. « L... (lui-même) leur dit-il, n'est pas là », et il parle de lui à la troisième personne. Malgré son état d'affaiblissement et son gâtisme, l'agitation persiste, il marmotte continuellement, penchant de temps en temps l'oreille dans l'attitude de l'homme qui écoute contre sa poitrine. succombe le 25 décembre à une broncho-pneumonie rapide, arrivé à l'extrême cachexie paralytique. La famille ne nous a pas permis l'autopsie.

Observation II. — G..., âgé de quarante-sept ans, entre à Villejuif le 1er août, avec le certificat suivant de M. Garnier : « Paralysie générale à la première période. Excès alcooliques probables. Démence. Embarras de la parole. Mélange d'idées de persécution et de grandeur. Inconscience de sa situation. »

Antécédents. — Père mort à cinquante ans d'une pneumonie ; mère morte à quarante-huit ans, très nerveuse, commettait des actes excentriques. Deux sœurs bien portantes, nerveuses. Marié, a perdu sa femme en 1899, n'a jamais eu d'enfant. Sur les antécédents personnels nous n'avons noté que des excès alcooliques et génitaux très nombreux, et depuis 1895 une affection intestinale qui semble être de l'entérite muco-membraneuse.

On s'est aperçu dans son entourage des modifications de son habitus extérieur dès le début de mai 1900. Il néglige ses affaires, perd la mémoire, erre à travers Paris le jour et la nuit, fait des achats inconsidérés. Il est riche, raconte-t-il, et des puissants veulent le déposséder. En 1895, il avait eu un ictus qui aurait été suivi d'une paralysie de l'œil gauche.

A son entrée, il se présente avec un embarras de la parole manifeste, sa langue tremble en masse et a des mouvements vermiculaires, il a un ptosis à gauche et un certain degré de paralysie faciale qui donne une dissociation mimique très nette ; pas de phénomènes paralytiques de la musculature externe ; les pupilles

sont légèrement inégales, la gauche un peu plus grande, mais elles réagissent bien à la lumière. La mémoire est très diminuée, il a peine à nous rappeler son âge. Il a des tremblements des extrémités, qui sont traduites par l'écriture. Les réflexes rotuliens sont exagérés surtout à droite, il n'y a pas de signe de Romberg, mais instabilité dans la station debout, aucun trouble de la marche, aucun trouble de la sensibilité.

Au point de vue somatique, athérome artériel qui se traduit par un éclat du deuxième bruit de la base, et une légère rigidité des artères radiales. Obésité, pas de troubles des sphincters, a engraissé beaucoup pendant son séjour à l'asile. A côté des troubles de la mémoire, de l'attention, nous notons des hallucinations psychomotrices, il annonce que le « don » va parler. La voix change et il parle de lui-même comme d'une personne étrangère : ce « don » parle par sa langue, dans ses dents, il a une conversation avec le malade et avec ceux qui lui parlent. Ce « don » lui dit parfois des choses fort désagréables, et G... s'emporte, se met en colère, il est en continuel marmottement, tout le jour, se tenant à l'écart des autres malades et parlant sans cesse ; ce « don », ce « ventriloque » l'oblige à manger énormément, il est fort glouton « puisque nous sommes deux ». Il a un dédoublement de la personnalité, mais sans cohérence.

Voici les lettres qu'il a écrites et où il traduit son état par deux sortes d'écritures, l'une émanant de lui-même, l'autre attribuée à une personnalité étrangère, maîtresse de sa main comme de sa bouche.

1. « *J'ai quelqu'un qui parle dans ma Bouche ;* don.

2. « Je veux faire mourir monsieur G... c'est pour avoir ces 40 mille francs.

« Ce monsieur est un cochon, roche assassin *je lui tiens la main.*

3. « M. G... est brave garçon j'ai voyagé avec lui, Bordeaux, Marseille, Toulon. J'ai beaucoup voyagé à toutes mes facultés ».

Dans ses écrits, comme dans ses paroles, on saisit le dédoublement de la personnalité du malade et le tour tantôt désagréable, tantôt agréable des propos que le « don » lui tient.

Il est intéressant de noter la gradation qui se manifeste : d'abord le malade signalant le fait et signant : Don. Le Don le tourmente ensuite et veut lui voler sa fortune imaginaire la mégalomanie se trahit ici en même temps que l'affirmation d'une force étrangère agissant sur la main. En dernier lieu, l'euphorie prend le dessus et l'intrus complimente en se félicitant niaisement de voyages multiples faits ensemble auparavant (délire rétrogade).

Cet état n'a persisté que quelques semaines; l'état général est actuellement bon et l'affection est pour l'instant stationnaire (démence simple).

Observation III. — Br..., trente-huit ans, entré à Villejuif, venant de l'Asile clinique avec le diagnostic de paralysie générale, 6 mars 1900.

Antécédents. — Père vivant, soixante-dix ans, mère soixante-cinq ans en excellente santé, dix frères ou sœurs assez bien portants, quelques-uns ont des stigmates de scrofule. Trois sont morts en bas-âge.

Le malade a eu la syphilis et a été traité : il s'est marié en 1886 et en 1891 a eu une paralysie faciale. Depuis cette date il a eu de fréquents étourdissements, ses jambes s'effondraient sous lui, et son caractère était devenu sombre et indifférent. Au début de 1899 a eu de violentes douleurs intercostales qui furent traitées à l'iodure, mais il refuse bientôt tout médicament. Il quitte sa situation commerciale en juillet 1899, commence a tenir des propos bizarres et à agir de même, il va à Dubois, on lui fait des injections de calomel, en sort le 6 décembre et va dans une maison de santé de la Loire-Inférieure. Il rentre à Paris le 1er mars, très déprimé avec des idées de ruine, du mutisme et du refus d'aliments. Pas d'alcoolisme, sa femme a eu quatre fausses couches, la première au bout de la sixième année à deux mois et demi, la deuxième à sept mois, la troisième à six mois, enfant macéré, la quatrième à six mois.

A son entrée, l'examen somatique ne révèle rien d'anormal, le pouls est rapide, bat à 120. Mais il n'y a aucune lésion au cœur, l'état général est assez bon, le malade pèse 85 kilos; les voies digestives trahissent leur malaise par une langue assez sale et de la constipation avec une légère teinte subictérique, les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine.

Les réflexes rotuliens sont exagérés surtout le droit, et il y a de la trépidation épileptoïde à droite, pas de trouble de la marche, instabilité légère les yeux fermés, pas d'incoordination motrice; au dynamomètre 40 à droite et à gauche, aucun trouble sensitif.

La pupille droite est plus grande que la gauche, aucun phénomène paralytique du côté de la musculature extrinsèque. Les pupilles réagissent mal à la lumière et à l'accommodation, dissociation mimique et parésie faciale gauche. Aspect triste, le malade parle peu, répond par monosyllabes, mais la lecture trahit un achoppement de la parole, que les mouvements vermiculaires constatés sur la langue expliquent : ondulations vermiculaires des muscles péri-buccaux. Pendant l'examen, a un air de défiance très net, il jette un regard de travers, semble être halluciné de l'ouïe, il a la raie vaso-motrice et pendant l'examen urine sous lui.

Le 7 mars est mis au traitement spécifique, le 15, il refuse la

nourriture, parle peu, a un aspect inquiet et triste, change continuellement de place, il gâte et il est impossible de le maintenir au lit, il cherche à se faire du mal en se frappant la tête contre les murs, s'arrache les moustaches, puis cet état s'amende un peu.

Le 12 avril, a un ictus avec perte complète de connaissance pendant une demi-heure; quand il sort de son coma, il a de la gêne des mouvements dans tout le côté gauche.

Le 13, l'hémiparésie gauche a disparu, la pupille gauche est contractée, 14 diamètre filière Charrière, la droite très dilatée 21, pendant la marche léger affaissement du côté gauche.

Le 16, paraît mieux, mais de temps en temps écoute des voix qui lui disent des gros mots.

Le 19, apparition d'une parésie faciale droite avec ptosis droit, énorme dilatation pupillaire droite, aucun signe paralytique dans les membres droits.

Le 24 mai, le malade s'agite, et refuse absolument la nourriture, ne dort plus et marmotte continuellement des injures à son adresse : « tu es allé à Dubois, tu es un c..., un sal..., faut-il que tu sois coch... » il faut lutter avec lui pour lui passer la sonde : « on t'empoisonne », on veut te « saouler » dit-il en grinçant et en serrant les dents.

Le 13 juin, s'alimente seul, mais est toujours agité le jour et la nuit ; marmotte en grinçant des dents sans cesse.

« Que fais-tu, B... dans cette maison ? retourne chez toi » lui dit cette voix. Interrogé, il répond qu'une femme lui parle sans cesse dans la bouche, fait remuer sa langue, malgré lui et lui dit des injures, il serre les dents pour ne pas parler, mais il parle malgré lui. Mouvements de pandiculations.

Le 25 juillet, marmotte toujours, sa voix parle sans cesse dans sa bouche ; ptosis complet à droite avec déviation de l'œil en dehors, déviation corrigeable par la volonté, le ptosis ne peut être modifié par la même influence. Est soumis aux injections de sérum ioduré et à l'hypochloruration.

Même état pendant septembre, octobre; le 12 novembre 1900, interrogé à nouveau, il dit qu'une personne, une femme lui dit par sa propre bouche : « B... tu es un homme foutu, tu n'avais aucune raison de venir avec ces gens-là te mettre à table; c'est bien fait pour toi, tu as commis un crime en venant ici, demande un laisser passer à ce Monsieur qui vient te voir, tu as accompli ta mission dans cette maison. »

Quand on lui fait des piqûres de sérum il marmotte sans cesse en grinçant des dents : « on t'empoisonne, mon vieux B... » et interrogé sur la nature de cette voix qui parle par sa bouche sans cesse le jour et la nuit et avec laquelle, dit-il, il est en conversation malgré lui, il dit que c'est celle d'une personne qu'il est allé voir avant d'entrer à l'asile ; mais il ne la désigne pas autrement.

Quand on l'interroge, il répond assez correctement aux questions, mais bientôt le style change, et la voix, en s'adressant à lui, reprend son monotone monologue de propos désagréables.

Le malade conserve un état général assez satisfaisant et paraît tirer profit des piqûres de sérum ioduré. Les signes somatiques restent les mêmes et l'évolution de la maladie paraît devoir garder une marche assez lente.

Du sens génital étudié chez les mêmes malades aux trois périodes de la paralysie générale[1];

Par le Dr E. MARANDON DE MONTYEL,
Médecin en chef des asiles publics d'aliénés de la Seine.

De ce que nous venons de dire, il ressort nécessairement que le maximum des altérations en moins, 100 p. 100, s'est trouvée avec les trois formes mentales où il n'y a eu ni altération en plus ni normalité ; démence agitée et les deux dépressives ; immédiatement après viennent les mixtes agitées (87 p. 100) dans lesquelles, si nous avons constaté l'altération en plus, nous n'avons jamais noté non plus de normalité. On peut mettre au troisième rang, se suivant de près les expansives calmes et agitées (77 et 75 p. 100) et aussi les démences calmes (71 p. 100). Au quatrième rang se placeraient les rémissions (64 p. 100) et les mixtes calmes (60 p. 100).

Avec le tableau suivant nous aurons l'influence que peut exercer l'âge sur les altérations du sens génital chez les paralytiques généraux :

AGES	ÉTAT NORMAL	ALTÉRATIONS EN PLUS	ALTÉRATIONS EN MOINS
	p. 100	p. 100	p. 100
25 à 30	7 soit 4,7	8 soit 5,3	134 soit 90,0
30 à 35	28 — 6,3	57 — 12,8	357 — 80,9
35 à 40	35 — 5,0	139 — 29,8	525 — 65,2
40 à 45	35 — 12,1	36 — 12,6	217 — 85,3
45 à 50	7 — 7,6	6 — 6,5	78 — 85,9
50 à 55	0 — 0,0	0 — 0,0	42 — 100

[1] Voir *Archives de Neurologie*, n° 55, 1900, t. X, p. 16.

Il résulterait de nos constatations que l'état normal du sens génital se trouve surtout dans la paralysie générale de l'âge moyen ; en effet, notre tableau semble bien indiquer que la normalité croît d'abord parallèlement à l'âge jusqu'à quarante-cinq ans puis décroît au contraire pour disparaître complètement après cinquante ans. De même, on constate très nettement dans notre tableau que l'altération en plus croît, elle aussi, parallèlement à l'âge jusqu'à quarante ans où elle atteint son maximum, puis décroît progressivement pour disparaître également après cinquante ans. Il résulte de ces deux faits que dans la paralysie générale tardive, celle survenant à la cinquantaine ou après, le sens génital est toujours aboli, et que, les altérations en moins se présentant de toute nécessité en sens inverse de la normalité et des altérations en plus, décroissent parallèlement aux progrès de l'âge jusqu'à quarante ans pour croître ensuite progressivement jusqu'à cinquante ans où elles sont seules.

Chacun sait le rôle énorme de l'instinct génital dans la genèse et le développement de la personnalité physique, de l'idée que chacun de nous se fait de sa force et de sa valeur, il est donc intéressant de rechercher dans quels états s'est trouvé cet instinct lors des diverses transformations de la personnalité chez nos paralytiques généraux. Le tableau suivant nous l'apprendra :

PERSONNALITÉ	NORMAL	ALTÉRATIONS EN PLUS	ALTÉRATIONS EN MOINS
	p. 100	p. 100	p. 100
Expansives	84 soit 11,5	133 soit 18,2	510 soit 70,3
Dépressives.	0 — 0,0	0 — 0,0	162 — 100,0
Mixtes	7 — 4,7	29 — 19,6	112 — 75,7

Sans doute dans ce tableau la transformation dépressive de la personnalité physique est toujours associée à de l'altération en moins du sens génital, mais il ne peut en être autrement puisque nous avons vu plus haut que cette altération est constante dans tous les états dépressifs sans exception, avec ou sans transformation de la personnalité. Ce qui caractérise ce tableau, ce sont les transformations expansives de cette dernière, or nous constatons que dans l'énorme proportion maxima de 70 p. 100, elles se sont trouvées associées à une altération en moins de l'instinct génital et dans 18 p. 100 seulement à une altération en plus ; il n'est donc pas

vrai de prétendre que la *self-satisfaction* des paralytiques et leurs conceptions délirantes de forces physiques sont engendrées par une suractivité génitale. D'ailleurs il suffit de suivre comme nous l'avons fait un certain nombre de paralytiques généraux durant toute la maladie pour s'assurer qu'il n'existe aucun rapport entre les transformations de la personnalité physique et le sens génital, car on trouvera des sujets chez lesquels ce sens passera successivement et alternativement par les quatre états de normalité, d'exaltation, d'affaiblissement et d'abolition sans que le délire du malade en soit modifié, le sujet continuant à avoir la même idée de lui-même quel que soit l'état de ses organes génitaux. Ces faits, très nombreux, jugent, il me semble, sans répliquer la question ; ce qu'on a pris pour un rapport de cause à effet n'était qu'une coïncidence.

On a prétendu aussi que les troubles du sens génital n'étaient pas sans rapports avec les altérations des autres sensibilités, sensibilité au toucher, sensibilité à la douleur. Or avec la première il ne saurait de toute évidence exister de rapports qu'à titre tout à fait exceptionnel puisque dans notre mémoire relatif au sens tactile nous n'avons trouvé ce sens altéré que dans la proportion très faible de 12 p. 100 au maximum de nos constatations, tandis que le sens génital l'est dans celle huit fois plus considérable de 94 p. 100. Néanmoins voyons si même à titre exceptionnel il existe un rapport quelconque. Or nous obtenons le tableau qui suit, fourni par 144 constatations dans lesquelles l'état du sens génital a pu être relevé, le sens tactile étant altéré.

TACT	GÉN. NORM.	GÉN. ALTÉR. EN PLUS	GÉN. ALTÉR. EN MOINS
	p. 100	p. 100	p. 100
Altérations en plus	0 soit 0,0	7 soit 16,2	36 soit 83,8
— en moins	0 — 0,0	9 — 8,9	92 — 91,1

Sans doute pas une fois nous n'avons trouvé le sens génital normal avec le tact altéré, mais il ne faut pas s'empresser d'en conclure à une relation constante ; en effet l'instinct de la reproduction est si souvent anormal dans la paralysie générale que tel est son état à peu près constant ; il y a donc tout lieu de faire des réserves, lesquelles deviendront la certitude de l'absence au contraire de tout rapport entre les

altérations des deux sens quand on aura remarqué que très souvent, ils sont altérés en sens inverse ; ainsi c'est seulement dans la faible proportion de 16,2 p. 100 qu'ils ont été exaltés en même temps ; dans l'énorme proportion de 83,8 p. 100 tandis que le sens tactile étant exagéré le sens génital était altéré en moins. Si avec les altérations en moins nous avons trouvé au contraire des troubles identiques dans l'immense majorité des constatations, cela tient uniquement à la prédominance marquée des affaiblissements et des abolitions du sens génital, et encore voyons-nous dans 8,9 p. 100 des constatations ce dernier sens exalté avec le tact affaibli ou aboli. Nos recherches établissent donc sans conteste croyons-nous, qu'il n'existe aucun rapport avec les altérations du tact et les altérations du sens génital dans la paralysie générale.

Le sens algésique a été trouvé par nous beaucoup plus souvent altéré que le sens tactile ; la proportion de ses altérations fut en effet de 65 p. 100 de nos constatations, proportion inférieure de 28 p. 100 à celle fournie par le sens génital, mais encore très élevée et y a-t-il entre les troubles de ces deux sens des rapports étroits ? Dans 1 080 cas nous avons pu relever l'état du sens génital, le sens algésique étant altéré, cas qui fournissent le tableau suivant :

DOULEUR	GÉN. NORM.	GÉN. ALTÉR. EN PLUS	GÉN. ALTÉR. EN MOINS
	p. 100	p. 100	p. 100
Altérations en plus	6 soit 4,2	15 soit 10,6	120 soit 85,2
— en moins.	42 — 4,4	161 — 17,1	736 — 78,5

A mon avis ce tableau a la même valeur que le précédent et prouve péremptoirement qu'il n'existe aucun rapport entre les altérations du sens algésique et du sens génital. C'est encore dans la formidable proportion de 85 p. 100 que nous voyons celui-ci affaibli quand celui-là est exagéré et bien que les altérations en moins soient pour les deux sens l'état le plus habituel, nous notons encore dans la proportion de 17 p. 100 de nos constatations l'exagération du sens génital avec l'altération en moins de l'algésique ! Pour nous il n'est pas douteux que les auteurs qui ont voulu établir une relation entre les divers états du tact et de la douleur d'un côté et l'instinct de la reproduction de l'autre dans la paralysie générale ont été trompés par quelques coïncidences qui

les ont vivement frappés ; si, comme nous, ils avaient eu la patience de suivre un nombre assez considérable de paralytiques du début à la terminaison de la maladie, ils auraient constaté l'indépendance absolue des troubles de ces trois sens.

Il semble plus rationnel de supposer que les conceptions génitales, expansives et dépressives, sont en intime relation avec les troubles du sens génésique, les premières, relevant des altérations en plus et les secondes, des altérations en moins. Sept de nos 108 sujets ont eu un délire génital intense. Certes si on demande à un paralytique général à forme expansive, quelle est la puissance de ses organes génitaux, il est certain qu'il la vantera comme il vante toutes ses forces et qu'il s'avouera au contraire bon à rien si la maladie revêt chez lui la forme dépressive. Il n'y a pas lieu à mon avis, de tenir grand compte de ces malades dans la question qui nous occupe; il convient surtout de porter les recherches sur ceux-là, qui ont un délire spécial relatif aux organes génitaux et spontanément en parlent. Or, avons-nous dit, tel fut le cas pour sept des 108 sujets dont voici à cet égard les observations résumées.

I. — Emile Turb..., quarante-deux ans, gazier, entré le 20 juillet 1891. Première période. Syphilis, alcool et excès vénériens, forme surtout démentielle avec agitation. Le malade ne délire que sur les organes génitaux. Il est complètement impuissant depuis cinq mois et il ne s'en cache pas, car la chose le laisse indifférent attendu qu'il a le secret d'une drogue qui lui permet, quand il a une femme de coïter cinq fois de file sans faiblir. Après moins d'une heure de repos, il lui suffit de reprendre un peu de sa drogue pour recommencer cinq fois de suite. Il refuse de donner le secret du remède, car il a par celui-ci le monopole de toutes les belles femmes de la terre. Ses conversations ne roulent que sur ce sujet. Il est à remarquer que toute sa vie il a été un grand coureur et un grand amateur de conversations obscènes. En octobre l'agitation se calme en même temps que se manifeste une exaltation érotique intense avec fréquentes pollutions involontaires en dépit d'une masturbation réitérée; le malade abandonne alors complètement son ancien délire génital; quand on lui en parle, il paraît ne plus s'en souvenir. En mai 1892, il redevient complètement impuissant et cette fois l'impuissance est définitive jusqu'à la mort; le délire génital ne reparaît pas.

II. — Jules Mail..., quarante-quatre ans, journalier, entré le

20 octobre 1891. Première période. Syphilis et hérédité congestive. Impuissance depuis plusieurs mois, mais à entendre le malade cette impuissance est due au manque de femmes; il est d'autant plus désolé de ne pas en avoir que faute de fonctionner, ses organes génitaux se sont atrophiés; il les exhibe pour montrer que ses testicules se sont rabougris et que son gland est devenu pas plus gros qu'une noisette. En dehors de cette conception hypocondriaque forme expansive classique, Mail... trouve le mot milliard insuffisant pour donner une idée de sa fortune et il vante sa force physique. Il en est ainsi jusqu'en mars 1892. A cette époque le délire expansif de richesses avec agitation persiste et le malade est toujours impuissant et conscient de son impuissance qu'il explique de la même manière par le manque de femmes, mais il est devenu très fier de ses organes génitaux car il affirme que sa verge en érection mesure 70 centimètres et que son gland est aussi volumineux que la grosse tête du gros chat du quartier. En juin son délire expansif s'accroît en même temps qu'apparaissent de nouvelles conceptions hypocondriaques relatives cette fois à son tube digestif. Il n'est plus seulement l'homme le plus riche de la terre, mais encore le plus puissant; il forme à lui tout seul le conseil des ministres car il a tous les ministères; toutefois en ce qui concerne la sphère génitale aucune modification ni de l'impuissance ni du délire expansif décrit ci-dessus, tandis que le malade se lamente de n'avoir pas été du corps depuis un semestre parce que ses boyaux sont bouchés et qu'il est anémique. En janvier 1893 passage à la seconde période; Mail... devient gâteux, le délire hypocondriaque disparaît, seul persiste le délire expansif des richesses et des grandeurs, et alors survient une excitation génitale intense avec absence presque complète d'éjaculation; Mail... qui ne se gêne pas pour se masturber en public et a continuellement des érections, se touche à se faire mal sans obtenir aucun résultat; force est de lui mettre le maillot pour l'empêcher de se blesser. Or on constate à ce moment la disparition du délire génital. Quand son attention est appelée du côté de ses organes, il vante sans doute sa verge comme il vante toutes les autres parties de son corps, mais il n'est plus question ni des 70 centimètres de longueur, ni de la grosse tête du gros chat. Cette excitation génésique intense sans éjaculation ni délire génital dure jusqu'en mai; à cette date retour définitif de l'impuissance qui persiste jusqu'à la mort sans aucune conception délirante adéquate.

III. — Alexancre Mau..., trente-deux ans, mécanicien, entré le 9 novembre 1893. Première période. Alcool et surmenage cérébral. A son entrée il avoue que depuis cinq ans il est complètement impuissant et il reste tel d'ailleurs jusqu'à la mort. Or en février

et mars 1894, il eut durant deux mois des hallucinations et un délire génitaux très intenses; il se plaignait vivement qu'un homme venait le toucher et se livrer sur lui à la pédérastie; il en était d'autant plus incommodé qu'il affirmait avoir été fécondé par cet individu qu'il connaissait fort bien, mais qu'il refusait de nommer; il sentait l'enfant remuer dans son rectum et il l'entendait crier par son anus; aussi toute la journée se livrait-il à d'incessants et vigoureux efforts de défécation pour tâcher de s'en débarrasser. Au point de vue mental il avait la forme expansive calme; il se prétendait Philippe-Auguste et devait épouser une héritière de douze cents milliards. En avril éclata une crise de violente agitation et dans la tourmente le délire génito-anal disparut pour ne plus se montrer.

IV. — Louis Raff..., trente-huit ans, mécanicien; entré le 27 avril 1891. Première période. Syphilis et surmenage cérébral. Forme expansive calme avec abolition du sens génital et en janvier et février 1892 au contraire avec une excitation génésique si intense que sa femme qui l'avait prise en permission de huit jours était contrainte de le ramener au bout de quarante-huit heures. Pas de délire génital. En mars, de nouveau impuissance absolue et définitive jusqu'à la mort et passage à la seconde période; le malade gâte. Alors s'ajoute au délire expansif un délire hypocondriaque relatif aux organes génitaux. Raff... se plaint de n'être plus un homme; il prétend que le traitement à l'asile lui a supprimé la verge qui est devenue pas plus grosse que son petit doigt; il réclame avec larmes l'abandon des remèdes qu'on lui donne et l'application du système Raspail pour se restaurer. Ce délire génital persiste durant seulement une vingtaine de jours et disparaît pour ne plus revenir malgré la persistance de l'impuissance.

V. — Jean Car.., trente-six ans, comptable, entré le 14 septembre 1891. Pas de causes bien définies : ni syphilis, ni alcool. Première période, forme mixte. Délire d'inventions et de richesses, mais en même temps délire d'empoisonnement par les Juifs pour s'emparer de celles-ci. Le malade se dit capable de remuer des montagnes et ajoute que par le poison juif, ses urines puent et son sang est bouilli. Délire génital expansif très accusé : depuis plusieurs mois le malade est totalement impuissant; il vante au contraire ses prouesses, il se déclare le père de tous les enfants, car il a une verge si puissante et un sperme tout à la fois si abondant et si fécondant qu'il engrosse toutes les femmes de la terre en lançant sa semence à la ronde. La paralysie générale a évolué chez ce malade avec une extrême rapidité; en quatre mois, Car... a parcouru les trois périodes et s'est éteint dans le marasme. Or

jusqu'à la fin il a conservé son impuissance et son délire génital d'exagération.

VI. — Léonard Milh..., trente-huit ans, bijoutier; entré le 25 juillet 1891. Première période. Syphilis et misère. Forme expansive calme avec exagération marquée du sens génital sans conception délirante adéquate. En octobre, adjonction de conceptions délirantes hypocondriaques avec impuissance et délire génital. Le malade se sent rapetisser; il est moins haut, dit-il, d'une tête et demie; tout en lui s'est réduit, mais il est surtout très affecté de la réduction de sa verge; c'est à peine, affirme-t-il, s'il lui en reste un petit bout pour uriner; il en redoute fort la disparition totale. En décembre, on ne constate plus aucune trace de ce délire hypocondriaque et génital; la forme mentale est redevenue exclusivement expansive avec délire de richesses gagnées au jeu de bouchon et à la mandoline, choses pour lesquelles il ne craint pas de rival; pourtant l'impuissance persiste et dure jusqu'à la mort.

VII. — Lucien Bl..., trente-cinq ans, menuisier; entré le 2 août 1892. Première période. Syphilis et alcool. Forme mixte. Le malade a des conceptions délirantes de grandeurs et un délire physique dépressif; il est roi et empereur, riche à milliards de milliards. Mais il se dit usé jusqu'à la corde; il prétend n'avoir pas de force et il marche toute la journée; à l'entendre son tube digestif ne digère plus et il a de la boulimie avec vol d'aliments: de même il se lamente sur l'état piteux de ses organes génitaux qui ne sont plus bons qu'à uriner et il se masturbe dans les cabinets; de plus sorti en permission de huit jours il a vaillamment rempli son devoir conjugal. Au bout de quelques mois la forme expansive est seule restée tandis que le malade était frappé d'impuissance, or à ce moment où ses lamentations génitales eussent été pleinement justifiées, bien loin de se plaindre, il se déclarait sur interrogation aussi satisfait de ce côté que de tous les autres.

Qui lit ces sept observations avec impartialité sera convaincu que le délire génital des paralytiques n'est pas à base physique, est sans rapport autre que de coïncidence avec l'état des organes génitaux. Emile Turb... dans la première observation est impuissant et il a un délire génital expansif qui disparaît quand il a réellement de l'excitation génésique et ne reparaît pas quand derechef l'impuissance s'établit. Emile Mail... dans la seconde observation est impuissant et il a d'abord un délire génital dépressif puis expansif. A ces

conceptions délirantes de grandeurs et de richesses s'ajoutent des conceptions délirantes hypocondriaques et il reste impuissant, néanmoins il a toujours le même délire génital expansif dont la disparition coïncide précisément quelque temps après avec une crise de fureur génésique et dont le retour ne se produit pas quand l'impuissance revient. Alexandre Mau... dans la troisième observation est frappé d'impuissance du début à la terminaison de la maladie et il a durant deux mois, sans qu'aucun changement se soit produit du côté des organes génitaux, un délire génital aussi étrange qu'intense, qui disparait dans une crise d'agitation pour ne plus revenir. Dans la quatrième observation nous voyons Louis Raff... avoir sans aucun délire génital de l'altération en moins et de l'altération en plus du sens génésique. L'impuissance revient pour durer jusqu'à la mort et seulement durant une vingtaine de jours ce paralytique a un délire génital dépressif. Dans la cinquième observation, c'est avec de l'impuissance que se montre un délire génital des plus expansifs tandis qu'au contraire dans la septième observation le délire génital est très dépressif alors que le sens génésique est plutôt exalté. Sans doute dans la sixième observation le malade impuissant a gémi quelque temps sur une réduction de sa verge, mais il prétendait à ce moment que tout son corps était réduit, ses organes génitaux ne pouvaient dès lors échapper à cet amoindrissement et ses lamentations plus marquées de ce côté s'expliquent facilement par l'importance qu'a pour tous cette fonction. D'ailleurs, avant, son sens génital avait été exalté et cette exaltation n'avait amené aucune conception délirante et quand le délire hypocondriaque ainsi généralisé à tout le corps disparut, la verge ne fit pas exception à cette disparition, bien que l'impuissance fût restée la même.

Nous nous croyons donc pleinement autorisé à conclure qu'il n'y a aucun rapport entre l'état des organes génitaux et les conceptions délirantes génitales des paralytiques généraux. Nous répéterons ici ce que nous avons dit plus haut à l'occasion du tact et de la douleur : quelques coïncidences ont attiré l'attention et induit en erreur. Qu'on ait la patience de suivre les mêmes paralytiques de la période prodromique à la période marasmatique et on vérifiera l'exactitude de nos assertions.

Nous n'avons trouvé non plus aucune relation entre l'état du sens génital et les sensations subjectives ressenties dans la peau par certains paralytiques. Dans 72 de nos constatations nous avons réussi à connaître exactement l'état de l'instinct génésique en même temps que les malades accusaient des fourmillements, des engourdissements, des décharges électriques cutanées, etc., or 22 fois le sens génital était exagéré, 43 fois il était aboli et 7 fois il était normal.

Ces résultats sont très probants, mais nous avons une preuve plus décisive encore à fournir. D'ordinaire ces sensations subjectives n'ont qu'une durée assez courte de jours, rarement de semaines, mais parmi nos malades qui les éprouvèrent il s'en est trouvé un chez lequel par exception elles durèrent, sans discontinuer, onze mois, et bien le sens génital fut exagéré six mois, normal trois mois, puis aboli deux mois, et quand elles eurent disparu, l'abolition persista jusqu'à la mort qui n'arriva qu'un an et demi après. Ce fait prouve sans réplique que chez le même individu ces sensations subjectives peuvent se trouver associées successivement à tous les états du sens génital. La question est dès lors jugée.

Serons-nous plus heureux en recherchant si les altérations du sens génital aux deux premières périodes de la paralysie générale sont proportionnelles à l'intensité des troubles moteurs qui est, comme chacun sait très variable à ces deux phases initiales selon les individus. Le tableau suivant basé sur 1.495 constatations est fort intéressant car il prouve clairement que dans nos constatations nous avons trouvé le sens génital d'autant plus souvent normal que les troubles moteurs étaient moins accusés.

TROUBLES MOTEURS	GÉN. NORM.		GÉN. ALTÉR. EN PLUS		GÉN. ALTÉR. EN MOINS	
		p. 100		p. 100		p. 100
Légers	42	soit 11,7	57	soit 15,8	260	soit 72,5
Modérés	28	— 9,5	64	— 21,6	203	— 68,9
Marqués	35	— 5,9	91	— 15,2	470	— 78,9
Excessifs	7	— 2,8	21	— 8,5	217	— 88,7

L'altération de ce sens est donc en proportion directe de l'altération motrice ; ce tableau montre encore que le maximum des altérations en plus a été trouvé avec les troubles moteurs modérés et le minimum avec les troubles moteurs excessifs et vice-versa pour les altérations en moins.

On sait combien à la seconde période surtout certains paratiques ont l'habitude de se dépouiller complètement de leurs vêtements et de se mettre nus. Je ne parle pas de ceux qui agissent ainsi parce qu'ils lacèrent leurs habits, j'ai en vue ceux qui ne déchirent pas et qui se mettent nus uniquement pour être ainsi. Jamais je n'ai pu obtenir d'eux une explication de cette bizarre manie que l'on constate en toutes saisons, aussi bien lors des froids rigoureux de l'hiver que des chaudes journées d'été. Je ne crois pas qu'il y ait rien de lubrique dans cet acte ; quoi qu'il en soit dans 184 de nos constatations, nos sujets se déshabillaient ainsi pour aller nus, or dans ces 184 cas l'impuissance était absolue. J'ajouterai que ces 184 constatations ont porté sur 24 de nos 108 paralytiques, les autres n'ayant eu à aucun moment cette passion du nu et que plusieurs d'entre eux avaient eu avant et après de l'excitation génitale sans se déshabiller ainsi. Mais pourquoi alors l'impuissance engendrerait ce besoin d'aller nu ? J'avoue l'ignorer; je signale simplement le fait que j'ai constaté et qui n'est sans doute qu'une coïncidence, étant donnée l'extrême fréquence de l'impuissance à cette période de la maladie.

Un dernier rapport est à rechercher. Il convient de se demander si les causes qui ont déterminé la paralysie générale n'exercent pas une influence sur les altérations du sens génital. A cet égard nous obtenons le tableau suivant :

CAUSES	GÉN. NORM.		GÉN. ALTÉR. EN PLUS		GÉN. ALTÉR. EN MOINS	
		p. 100		p. 100		p. 100
Syphilis.	28	soit 3,4	134	soit 16,0	652	soit 80,6
Alcool	0	— 0,0	43	— 21,7	155	— 78,3
Syph. et alc.	43	— 11,2	27	— 7,1	308	— 81,7
Traumatisme	6	— 12,7	0	— 0,0	42	— 87,3
Autres causes	35	— 12,4	42	— 15,3	196	— 72,3

Il résulterait de nos constatations que de toutes les causes, l'alcool est ce qui occasionne le plus souvent les altérations du sens génital, puisque avec cette étiologie nous n'avons pas trouvé une seule fois l'instinct génésique normal. D'après ce tableau, c'est également avec cette cause que se trouverait le maximum des altérations en plus. En dehors de ces deux faits et de l'absence de ce genre de troubles avec les traumatismes craniens, nous ne voyons rien de bien saillant à signa-

ler et il ne paraît pas que l'étiologie ait une influence bien marquée sur les troubles du sens génital.

Reste la question du pronostic et du diagnostic. Il n'est pas douteux pour nous qu'à la période prodromique, les troubles génitaux par leur précocité, leur accentuation et leurs caractères particuliers ne permettent souvent de prévoir la maladie longtemps avant son éclosion. Les troubles sont très précoces et quand ils sont constitués par des alternatives d'excitation et d'impuissance, comme c'est le cas le plus fréquent, ils ont une signification des plus nettes. L'impuissance totale persistante a aussi sa valeur au point de vue du diagnostic quand la santé est bonne. De même la persistance des troubles durant la rémission est bien la preuve que la guérison n'est qu'apparente : un paralytique priapique ou impuissant n'est pas un malade guéri. Quant au pronostic, il ne nous a pas semblé beaucoup éclairé par les troubles du sens génital; nous avons eu, en effet, toutes les évolutions du mal avec les trois états aux phases initiales de normalité, d'altérations en plus et d'altérations en moins.

Nous tirerons donc de nos recherches, les conclusions suivantes relatives aux seuls hommes puisque, quoique ayant un service immense, nos 108 sujets étaient tous du sexe masculin.

I. En suivant les mêmes paralytiques aux trois périodes de la paralysie générale et en utilisant l'observation directe, les renseignements fournis par les malades et ceux fournis par leurs femmes nous avons réussi dans 95 p. 100 de nos constatations à nous assurer de l'état du sens génital. Nos échecs ont été en diminuant de la première à la seconde période et de la seconde à la troisième, le paralytique général perdant toute retenue avec les progrès de la maladie.

II. D'une manière générale nous avons trouvé le sens génital attiré dans l'énorme proportion de 93,5 p. 100.

III. Les altérations relevées ont toujours été des altérations simples, jamais nous n'avons trouvé de perversion génitale provenant du fait de la maladie.

IV. Les troubles fondamentaux observés furent l'exagération ou au contraire l'affaiblissement et l'impuissance.

V. En dehors de ces trois troubles fondamentaux nous avons noté d'autres secondaires s'ajoutant à eux. Parmi les paralytiques à sens génital excité, les uns accomplissaient normalement le coït, quelques-uns éjaculaient par le fait seul de l'introduction de la verge dans le vagin ou même avant, à la vulve, tandis que chez certains au contraire l'éjaculation était indéfiniment retardée. Parmi ceux atteints d'impuissance, si beaucoup perdaient en même temps le libido, d'autres le conservaient et cherchaient à le satisfaire, mais parmi eux quelques-uns seulement pouvaient encore éjaculer à l'état flasque.

VI. Aux troubles énumérés ci-dessus, il convient d'ajouter les pertes séminales involontaires, sthéniques et asthéniques.

VII. Nous avons trouvé à l'asile l'altération en moins près de quatre fois plus fréquente que l'altération en plus.

VIII. L'anormalité du sens génital a été constamment en croissant du début à la terminaison de la paralysie générale.

IX. Il résulte de nos renseignemements que l'altération en moins serait contrairement à l'opinion ayant cours, également plus fréquente à la période prodromique que l'altération en plus; mais il est assez habituel que les deux états alternent entre eux avec prédominance toutefois du premier sur le second. Le retard dans l'éjaculation est ensuite le trouble qui s'est surtout présenté à cette période, deux fois plus fréquent que le trouble inverse et l'impuissance avec libido et possibilité d'éjaculation Nous n'avons pu avoir d'indications précises sur les pertes séminales à ce moment.

X. D'après nos constatations on aurait : 1° Aux trois périodes de la maladie : l'exagération, l'éjaculation retardée et l'impuissance totale 2° Aux seules périodes prodromiques, première et deuxième : l'affaiblissement, l'impuissance avec libido associé ou non à la possibilité d'éjaculer. 3° Aux seules périodes prodromiques et première les pertes séminales, l'éjaculation précipitée et l'état normal.

XI. D'un côté l'impuissance totale sans libido et de l'autre l'exagération avec éjaculation normale ainsi que l'affaiblissement ont évolué en sens inverse, la première augmentant et

les deux autres diminuant de fréquence avec les progrès de la maladie.

XII. Nous avons relevé durant les rémissions même très marquées le sens génital altéré dans l'énorme proportion de 86 p. 100 de nos constatations et l'altération en plus a été alors trois fois moins fréquente que l'altération en moins.

XIII. Contrairement à l'opinion ayant cours c'est dans les formes démentielles et lors des périodes de calme que nous avons observé le maximum d'altérations en plus du sens génital. Seule l'expansive agitée a présenté un chiffre de troubles plus élevé que l'expansive calme.

XIV. Nous n'avons jamais trouvé d'altération en plus, ni d'état normal avec les formes dépressives, calmes ou agitées, ni non plus avec la forme démentielle agitée.

XV. La forme démentielle avant le maximum des altérations en plus, le maximum des en moins a été dans les trois formes précédentes.

XVI. D'après nos constatations la normalité du sens génital et l'altération en plus croissent parallèlement aux progrès de l'âge jusqu'à la quarantaine pour décroître rapidement ensuite au point de ne plus se montrer à cinquante ans.

XVII. Nous n'avons noté aucun rapport entre les divers états du sens génital et les transformations de la personnalité physique, les troubles du sens tactile et du sens algésique, voire même les conceptions délirantes génitales des paralytiques généraux.

XVIII. Aux deux premières périodes de la maladie nous avons trouvé le sens génital d'autant plus souvent normal que les troubles moteurs étaient moins accusés. Le maximum des altérations en plus a été avec les troubles moteurs modéré, le minimum avec les troubles moteurs excessif et vice versa pour les altérations en moins.

XIX. Le sens génital était toujours aboli chez les paralytiques qui se déshabillaient, non pour déchirer, mais pour rester nus, et ce chez des sujets qui avaient parfois de l'excitation génitale durant laquelle ils gardaient leurs vêtements.

XX. L'étiologie alcoolique est celle qui engendrerait le plus d'altérations du sens génital. Les causes ne nous ont pas semblé avoir d'influence notable sur la nature des altérations.

XXI. Les altérations du sens génital ne sont d'aucune utilité pour le pronostic, mais par leur précocité et leur accentuation, elles peuvent grandement aider au diagnostic de la paralysie générale à la période prodromique, de même leur persistance lors des rémissions est la preuve de la non-guérison.

REVUE CRITIQUE.

Anatomie cérébrale et Psychologie;

Par Jules SOURY,
Directeur d'études à l'École pratique des Hautes Études à la Sorbonne.

Voilà bien des années que nous enseignons que, pour penser physiologiquement (ou psychologiquement, c'est tout un), il faut penser anatomiquement. L'histoire des théories des fonctions psychiques, dans la série des êtres vivants, est surtout une histoire des progrès de la connaissance de la structure du système nerveux central. Des esprits étrangers à ces études pourraient seuls méconnaître l'importance philosophique de l'anatomie du cerveau. Connaître le cerveau, le connaître toujours mieux, depuis ses origines jusqu'au moment de son évolution actuelle, voilà la fin de toute science de l'intelligence. Tout Edinger, — qu'il s'agisse de ses *Leçons sur la Structure des organes du système nerveux central de l'Homme et des Animaux*[1], de ses nombreux mémoires d'anatomie comparée de la Société de Senckenberg, de sa dernière publication intitulée *Anatomie cérébrale et Psycho-*

[1] L. Edinger. *Vorlesungen über den Bau der nervösen Centralorgane des Menschen und der Thiere*, 5e édition, 1896 Leipzig, Vogel.

logie[1], — tout Edinger est dans l'anatomie et la psychologie comparées. S'appuyant sur ses recherches originales, poursuivies depuis tant d'années, le savant médecin de Francfort-sur-le-Mein a résumé tout ce qu'il est possible de savoir et d'écrire aujourd'hui touchant la structure et le développement du système nerveux dans la série des vertébrés. Surprendre, comme à l'état naissant, les premières formes organiques des fonctions primordiales de la vie psychique. suivre leurs variations dans le temps et dans l'espace, voilà la pensée-mère d'où est sorti tout ce grand labeur.

Personne, avant Edinger, n'avait écrit une histoire ancienne aussi complète du manteau cérébral ou pallium. Depuis son origine chez les poissons jusqu'à l'organe énorme des hémisphères de l'homme, le développement si extraordinaire de cette province du névraxe peut aujourd'hui être suivi. Si le corps strié et l'appareil olfactif, aussi bien d'ailleurs que la moelle épinière, le cervelet et le cerveau moyen, ne présentent, dans la série, que des différences non essentielles, il n'en est point de même de l'écorce cérébrale. « Je ne connais, dit Edinger, aucune autre partie du cerveau qui, si l'on remonte toute la série, présente de beaucoup des changements aussi considérables que l'écorce cérébrale, qu'elle ait évolué ou involué » ; or, comme l'existence des fonctions psychiques supérieures est attachée à cette écorce, on conçoit qu'aucune étude d'anatomie comparée ne possède un intérêt plus élevé.

Formé chez quelques vertébrés inférieurs (poissons osseux), dans sa plus grande partie, d'une simple couche de cellules épithéliales, membrane qui se plisse déjà chez les cyclostomes, ce n'est que chez les sélaciens, les raies, les squales, que le manteau se développe, et que les parties antérieures, aussi bien que les régions latérales, prennent même un développement énorme. Chez les sélaciens, le manteau « frontal », c'est-à-dire la partie antérieure du cerveau, est toutefois seule de nature nerveuse ; suivant l'espèce, telles régions plus ou moins étendues de la portion postérieure n'ont plus la simple structure épithéliale. Mais, à partir des amphibiens, on constate toujours l'existence d'un pallium qui, dans la plus grande partie de son étendue,

[1] L. Edinger. *Hirnanatomie und Psychologie*. Berlin. Hirschwald, 1900.

est de nature nerveuse. Quant au cerveau des vertébrés supérieurs, il se distingue de celui des poissons osseux et des ganoïdes par quelque chose de très essentiel : il n'est plus seulement purement épithélial, il est constitué de nombreuses cellules nerveuses d'où partent des faisceaux de projection et autour desquelles se ramifient et s'arborisent des terminaisons de cylindraxes ascendants. C'est bien le substratum d'un appareil nerveux. Encore rudimentaire chez les amphibiens, il apparaît, pour la première fois, chez les reptiles, sous l'aspect d'une écorce cérébrale véritable. Le pallium tout entier s'est transformé en substance nerveuse cérébrale ; seule, la région la plus postérieure du cerveau antérieur conserve, comme toile choroïde, son ancien caractère de membrane purement épithéliale. Tel est le manteau chez les amphibiens et les reptiles, les oiseaux et les mammifères. Ces études sur l'anatomie comparée des différentes régions du névraxe, du cerveau en particulier, dans la série animale, forment, selon nous, le plus sûr fondement de ce qu'il est possible de savoir touchant l'histoire de la vie psychique, ou de l'intelligence, sur cette planète.

La connaissance des fonctions du système nerveux n'a donc pu avancer et n'avancera dans l'avenir qu'autant que l'anatomie du névraxe a été et sera plus avancée. La doctrine moderne de l'hétérogénéité fonctionnelle de l'écorce cérébrale n'a point de plus haute certitude que la démonstration de l'hétérogénéité correspondante de structure et de texture du manteau des hémisphères. Si la physiologie expérimentale et l'observation clinique ont quelquefois affecté de ne relever que d'elles-mêmes et ont paru dédaigner l'anatomie, ces velléités d'indépendance se sont vite dissipées. Encore que la considération de l'élément anatomique ne puisse rien nous apprendre sur ce qu'est en soit une sensation, une perception, une image, un concept, il demeure constant que toute représentation ou idée implique non seulement l'existence d'un substratum anatomique, mais varie avec l'état de ce substratum, avec la qualité et la quantité des éléments qui le constituent, à n'importe quel moment de la durée de ce substratum, dans sa période d'évolution comme dans ses phases d'involution. Si une fonction n'est que l'activité d'un organe ou d'un groupe d'organes, il est incom-

préhensible qu'on prétende étudier l'un sans connaître l'autre. Malheureusement le nombre est grand encore des psychologues qui croient pouvoir se passer des données de l'anatomie dans l'étude et l'interprétation des fonctions du système nerveux central. Ces fonctions, ils les considèrent comme des manières d'entités distinctes des organes, à la façon des spirites ou des sauvages. Ils parlent ainsi d'intelligence, de conscience, de volonté, etc., comme les docteurs scholastiques parlaient d'humanité, de pierréité (la remarque est de Spinoza). Que de physiologistes et de cliniciens parlent encore cette langue, et combien de philosophes, après eux, croyant avoir été à bonne école, perpétuent ces erreurs !

Anatomie cérébrale et Psychologie, dont la solidité scientifique et la portée doctrinale rappellent les célèbres discours de Du Bois-Reymond et d'Huxley, est précédé de considérations sur l'histoire des théories et des doctrines du système nerveux où apparaissent en pleine lumière les noms de Descartes, de Sœmmerring, de Gall, de Flourens, de Burdach, de Meynert, de Fritsch et Hitzig, Munk et Golz, Ferrier, Charcot, Horsley, Flechsig[1]. La psychologie expérimentale, aussi bien que la clinique et l'anatomie normale et pathologique, ont bien établi que le cerveau antérieur est, du moins chez les mammifères, l'organe des fonctions psychiques supérieures, mais quel est le rapport de ces fonctions avec les dispositions anatomiques? En d'autres termes, et tout d'abord, existe-t-il quelque relation entre l'anatomie et la psychologie, demande Edinger? On a souvent tenté de suivre, en une série continue, les structures de l'appareil nerveux parallèlement aux manifestations psychiques, depuis les rudiments de la sensibilité jusqu'aux phénomènes d'idéation et de conscience. Mais, à en croire Edinger, il y aurait toujours un moment où, dans cette étude, le terrain manque tout à coup : on ne voit plus comment une partie du travail accompli par le système nerveux peut devenir ou deviendrait conscient. Qu'est-ce d'ailleurs que la conscience ?

Le problème est d'autant plus ardu qu'on ne peut étudier à part la conscience et le monde, les choses ne nous appa-

[1] Voy. Jules Soury. *Le Système nerveux central. Structure et fonctions.* Paris, G. Carré et C. Naud, 1899, t. I. Cf. *Les fonctions du cerveau.* Histoire des doctrines de psychologie physiologique contemporaines. Paris, *Progrès médical;* Alcan, 1892, 2e édition.

raissant que telles que nos organes des sens et nos sensations nous les représentent : « La science, dit Edinger, ne peut que s'orienter dans le domaine de la conscience, elle ne saurait étudier le monde lui-même. » Les sensations, voilà les éléments derniers de notre connaissance et de nous-mêmes et du monde. De la nature et des rapports de ce qu'on appelait l'âme et le corps, il ne saurait plus être question. Le savant doit connaître la théorie de la connaissance. Ce que nous pouvons connaître, ce ne sont ni les choses elles-mêmes ni leurs images réelles, mais leurs signes ou symboles. Toutefois, dès que les phénomènes s'ordonnent en lois, l'homme en acquiert une intelligence scientifique ; c'est même là, au témoignage d'Helmholtz, toute la science. C'est en ce sens que nous saurons un jour ce que nous ignorons encore. Mais pourquoi Edinger écrit-il sur sa bannière : *Nescimus, sed non ignorabimus ?* L'axiome de Du Bois-Reymond ne s'appliquait pas aux découvertes des lois mécaniques de l'univers : il visait les énigmes insolubles, celles d'origine et de fin, et, d'une manière générale, de la nature des choses, de la sensation, par exemple, et de la pensée. Pas plus que Claude Bernard, Du Bois-Reymond n'a confondu les conditions des phénomènes, qui relèvent de la science, avec leur nature, qui est le propre de l'inconnaissable.

Edinger laisse paraître une critique plus pénétrante lorsqu'il se détourne du monisme : l'hypothèse d'une conscience immanente à la matière, et qui progresserait avec la série animale, manque d'autant plus de fondement que rien, suivant lui, ne prouve que les manifestations psychiques des animaux inférieurs impliquent l'existence d'une conscience. Cette hypothèse est d'origine anthropomorphique : « On a, dit-il, tacitement admis que ce que nous nommons conscience chez l'homme n'a pu apparaître tout à coup et que pour cette raison les actions même des êtres les plus inférieurs pourraient bien être l'effet d'un rudiment de conscience. Mais il serait également possible que la conscience n'eût apparu en réalité pour la première fois que là où son admission devient vraisemblable, du fait de certaines manifestations vitales déterminées des animaux qui possèdent une écorce cérébrale, — et que la conscience ne se développât que dans la mesure où cette écorce s'accroît

progressivement dans la série jusqu'à ce qu'elle atteigne chez l'homme le plus haut développement connu. »

Abstraction faite des idées de conscience et d'intelligence, le naturaliste doit uniquement poser la question suivante : Jusqu'à quel point peut-on expliquer la nature générale et les actions d'un animal par la connaissance de sa structure anatomique et des propriétés de cette structure ? L'objet de l'anatomie, c'est d'étudier les mécanismes en vertu desquels des impressions reçues, sont conservées et transformées en mouvements. L'étude physiologique, expérimentale, des fonctions, doit d'ailleurs accompagner celle de la connaissance de ces mécanismes, des organes élémentaires et de leurs connexions. Il ne suffit pas de pouvoir expliquer, par la connaissance de la structure anatomique d'un mécanisme, la nature du travail qu'il accomplit : il faut encore prédire ce que sera ce travail dans telle circonstance. Rien d'utopique, selon Edinger, dans l'idée que le système nerveux sera un jour aussi bien connu qu'un ingénieur connaît un appareil magnéto-électrique. La conviction du savant anatomiste de Francfort, telle que nous la lui avons entendu exprimer, c'est que, si l'observateur ne veut s'en tenir qu'à ce qu'il sait, sans rien de plus, son rôle est uniquement d'essayer de comprendre les actions des animaux, considérés comme de pures automates. Si, chez un reptile, par exemple, on constate qu'une même excitation, lumineuse, olfactive, etc., produit toujours, dans les mêmes conditions, la même réaction, c'est à celui qui soutient que ce mouvement est accompagné de conscience d'en administrer les preuves. Il n'est pas scientifique d'inférer *a priori* que ce qui s'observe chez l'homme, dans les mêmes circonstances, doit se passer chez ce reptile. Edinger possède un jouet très connu, un lézard en fer-blanc, rapporté d'Italie, dont les réactions provoquées lui semblent imiter avec une telle perfection celles qu'il a observées chez les lézards vivants qu'on ne saurait, à l'en croire, échapper à l'idée qu'un mécanisme préétabli entre ici également en jeu sous l'influence d'une excitation déterminée. Dans les mêmes conditions, les réactions demeurent aussi constantes que celles de la limaille de fer à proximité d'un aimant.

Nombre de réactions motrices de ce genre, où l'on a cru voir des actions volontaires, appelées *tropismes*, dépendent

certainement, chez les végétaux comme chez les animaux, de la nature et de l'intensité des *stimuli* ou excitants capables d'orienter dans un sens ou dans l'autre la matière vivante sous l'action de la lumière, de la chaleur, de l'électricité, de la pesanteur. Les expériences à ce sujet de Pfeffer, d'Engelmann, de Loeb, de Max Verworn, et de beaucoup d'autres auteurs sont, pensons-nous, connues. Force substances chimiques, définies et dosées avec exactitude, exercent une action élective de même nature sur les spores et les organismes inférieurs. Parce qu'un protophyte ou un protozoaire, un infusoire, fait un départ et un choix entre les substances de son milieu ambiant, lui accordera-t-on une faculté de discernement et de discrimination? En réalisant expérimentalement des conflits entre les forces naturelles favorables ou nuisibles aux organismes vivants, Loeb a pu déterminer des réactions destructives de leur conservation. Les amibes artificielles de Rumbler se comportaient tout à fait, affirme Edinger, quant à la construction de leurs habitacles formés de grains de quartz, comme des êtres vivants; comme ceux-ci, elles englobaient des particules de corps étrangers, quand la nature de ces corps convenait à leur constitution chimique; elles les absorbaient et les rejetaient à la manière des amibes vraies : « Comme il ne peut venir à l'esprit de personne d'attribuer de l'intelligence à ces automates, il n'existe jusqu'ici aucun motif pour attribuer les mêmes actions, quand elles sont accomplies par des êtres inférieurs, à rien d'autre qu'à leur structure et à leurs propriétés. » Edinger ne saurait pourtant suivre Loeb jusqu'au bout. Pour ce dernier, le système nerveux n'est qu'un appareil de régulation et un multiplicateur d'énergie; sa destruction n'empêche pas l'animal de réagir d'une manière appropriée aux fins de son organisation. Edinger doute aussi que, dans ses expériences sur les larves de grenouilles, Schaper ait réussi à supprimer complètement les fonctions de la moelle épinière : la partie de la moelle indépendante du cerveau détruit a pu persister, si bien que ces larves ne seraient comparables qu'à des animaux décérébrés [1]. L'acuité, la rare pénétration de l'esprit critique

[1] Alfred Schaper. *Experimentelle Studien an Amphibienlarven.* Mit Taf., Leipzig, 1898. — *Die frühesten Differenzirungsvorgänge im Central-*

d'Edinger perce ici avec une force qui est pour nous l'évidence même. En somme, il paraîtrait aujourd'hui certain qu'un grand nombre de phénomènes relativement complexes et qui impliquaient, estimait-on, l'intervention d'une conscience, d'une volonté, etc., sont réductibles à de purs réflexes.

Des idées nouvelles d'Apathy, de Bethe, de Nissl, sur la structure de la cellule nerveuse qui, grâce à ses connexions inter et intrafibrillaires serait déjà, en un certain sens, « un organe central », Edinger dit peu de choses dans le dernier travail que nous analysons ; sa réserve pourrait encore, ce nous semble, être plus prudente. Il estime que les corpuscules chromophiles de Nissl, liés à la vie et à la fonction de la cellule, recèlent des sources d'énergie chimique employées au cours de l'activité cellulaire, doctrine de Marinesco. C'est toujours une question de savoir, du moins pour les novateurs vers lesquels incline Edinger, si les cellules nerveuses, avec leurs prolongements, sont des unités physiologiques, des individus doués d'énergie propre, autonome, ou si ces corpuscules ne sont que des centres de force et des stations d'embranchement pour les fibrilles primitives qui, par hypothèse, traverseraient tout le système nerveux.

La première manière de voir prévaut toujours chez la plupart des biologistes. Comme il est démontré que les cellules nerveuses, avec leurs prolongements, sont bien des unités anatomiques, qui meurent et dégénèrent individuellement, on ne saurait leur dénier une individualité vraie, quand même de futures découvertes devraient attribuer essentiellement la production des réflexes, c'est-à-dire de la vie psychique, non plus aux corps cellullaires, mais au réseau fibrillaire du névraxe.

Quelle solution l'anatomie du système nerveux peut-elle donner à ce problème capital de la psychologie, la mémoire? Comment les processus nerveux peuvent-ils être modifiés, consécutivement à certaines stimulations, modifications, dont l'effet reparaît quand des événements semblables ou divers ont lieu? Ce problème de la mémoire, on peut l'aborder sans

nervensystem. Leipzig, 1897. — Cf. Jacques Loeb. *Einleitung in die vergleichende Gehirnphysiologie und vergleichende Psychologie mit besonder. Berücksichtigung der wirbellosen Thiere*. Leipzig, 1899.

que la question de la conscience soit épuisée. Les phénomènes désignés sous le nom de *Bahnung*, si bien étudiés par Exner[1], firent faire les premiers pas vers la solution du problème. (*A suivre.*)

REVUE DE PATHOLOGIE NERVEUSE.

I. **Fausse grossesse chez une névropathe dégénérée** ; par Marandon de Monthyel. (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, janvier 1901, p. 62.)

Il s'agit d'une jeune femme de trente-six ans, bizarre, inconsidérée, présentant en outre dans la sphère génito-urinaire, diverses anomalies, dont l'une tout à fait singulière. Depuis la puberté, elle ne peut pas uriner, non seulement en présence des gens, mais encore seule si quelqu'un l'attend; bien plus, si elle sait que, sans l'attendre, quelqu'un sait qu'elle urine[2]. La miction ne se produit que dans la solitude et à l'insu de tous. Cette bizarre anomalie l'a plus d'une fois mise au supplice. C'est, en somme, une névropathe dégénérée.

Elle était mariée depuis quinze ans avec un homme dont elle avait été la maîtresse pendant dix-huit mois, sans avoir jamais eu d'enfant, bien qu'elle eût désiré vivement en avoir, quand son mari, qu'elle aimait beaucoup, fut frappé de paralysie générale et placé à l'Asile de Ville-Evrard où elle venait le voir constamment. Là, M. Marandon de Montyel reçut toutes ses confidences.

« Depuis l'internement de son mari, dit-il, cette femme avait à lutter contre les poursuites d'un séducteur, riche et libre, qui lui promettait de l'épouser dès qu'elle serait devenue libre de son côté. A l'occasion de cette dernière confidence, je constatai chez cette jeune femme une idée fixe qui la dominait complètement, celle que, bien que n'ayant jamais eu d'enfant, elle serait immédiatement engrossée si elle avait le malheur de tromper son mari. Aussi, elle me déclarait qu'à défaut de tout autre sentiment, cette certitude suffirait à l'empêcher d'écouter les propositions de

[1] Sigm. Exner. *Entwurf zu einer physiologischen Erklärung der psychischen Erscheinungen*. I. Th. Leipzig und Wien, 1894.

[2] Les exemples de ce genre, plus ou moins complets, ne sont pas très rares. (B.)

son adorateur, et qu'elle aimait encore mieux, malgré sa vive sympathie pour lui et l'avenir sombre qui l'attendait, le perdre, s'il n'avait pas la patience d'attendre, que d'être rendue mère par lui du vivant de son mari malade, car plutôt que de supporter un tel déshonneur, d'autant plus infamant, que son époux était enfermé dans un cercle de fous, elle se tuerait sans hésiter.....

Quelques mois après, cependant, son état moral s'était complètement modifié, et comme elle exprimait des idées de suicide, je l'interrogeai et, éclatant alors en sanglots, elle me confessa qu'elle était grosse de trois mois. Elle avait commis la faute impardonnable de céder aux instances de celui qui, depuis deux ans, la poursuivait de ses assiduités et de ses promesses de mariage, et ce qu'elle redoutait ne s'était pas fait attendre : elle avait été d'emblée engrossée.

Elle n'était pas sortie des bras de celui à qui elle venait de se livrer que l'idée fixe l'obsédait. C'est dans une anxiété des plus vives qu'elle attendait l'époque de la menstruation, attente longue, car elle cessait d'être précisément réglée quand elle fauta. Les règles ne vinrent pas : sinapismes, bains chauds, injections chaudes et autres moyens conseillés dans ces cas par les bonnes femmes pour sortir d'embarras, restèrent inefficaces. Ses craintes et sa certitude s'accrurent et elle n'eut plus aucun doute quand le mois d'après l'aménorrhée persista, d'autant plus qu'elle commença à avoir les divers symptômes qu'elle avait maintes fois constatés chez ses amies au début de leur grossesse : gonflement des seins avec picotements, anorexie, nausées et vomissements le matin, salivation abondante, bâillements répétés, faiblesse générale avec menace de syncope, vertiges. Le troisième mois l'affola : non seulement la menstruation ne parut pas davantage, bien que l'époque fût écoulée depuis quatre jours déjà, non seulement tous les symptômes précédents s'accrurent, mais le ventre grossit ; elle se vit contrainte d'élargir ses vêtements.

Il est incontestable qu'une grossesse était dans l'ordre des choses possibles. Je l'examinai et trouvai l'utérus avec un volume de beaucoup inférieur au volume normal : il avait évidemment de ce côté une anomalie de conformation susceptible d'expliquer et la stérilité et les atroces douleurs de la menstruation depuis la puberté. De toute évidence, j'avais affaire à une fausse grossesse déterminée, à l'inverse des autres, par la crainte de devenir mère du vivant de son mari malade.

Je lui déclarai que son cas était bien amusant. Et avant qu'elle ne fut revenue de sa stupéfaction, je lui expliquai que ce qui empêchait son sang de couler c'était exactement ce qui empêchait ses urines de couler quand elle était devant le monde, qu'on l'attendait ou qu'on savait qu'elle urinait. « N'ayez plus peur d'être grosse, car je vous jure que vous ne l'êtes pas, lui dis-je, et

vos règles viendront absolument comme vos urines viennent quand vous êtes dans la solitude et à l'insu de tous. Cette comparaison éclaira son esprit; en me servant de l'anomalie urinaire dont elle se savait atteinte pour lui expliquer le mécanisme de son absence de menstruation, j'avais employé le meilleur moyen de la convaincre. Elle devint radieuse, se rhabilla avec une joie d'enfant et partit embrasser ce pauvre mari malade que, pour la première fois depuis dix-huit ans, affirma-t-elle, elle trompait lâchement, mais que pourtant elle aimait bien tout de même...

Une heure s'était à peine écoulée, qu'elle revenait en courant dans mon cabinet. Je crus que son mari avait eu une attaque. Non, mais depuis un instant elle se sentait mouillée et venait s'assurer si ce n'était pas ses règles qui étaient arrivées. C'étaient bien les règles, en effet. Il avait donc suffi d'enlever, par une simple suggestion à l'état de veille, l'obsession qui jouait le rôle d'arrêt, et le sang avait coulé comme coule l'eau quand on ouvre le robinet.

Depuis, le mari est mort, sa femme s'est remariée avec celui qui la mit à deux doigts du suicide et vit heureuse, riche et considérée. Qui sait ce qui serait advenu de cette jeune et jolie femme qu'une simple suggestion à l'état de veille a rendue à la joie de vivre, si elle n'avait pas été débarrassée de son obsession et de sa fausse grossesse?

Ce fait s'ajoute à ceux que nous avons publiés dans le dernier numéro des *Archives* (p. 490). Ceux de nos lecteurs que cette question intéresse trouveront dans le *Progrès médical* du 25 mai (p. 342) un article intéressant de M. Cyrille Jamin.

II. Deux cas d'arthropathie syringomyélique; par P.-A. Preobrajensky. (*Obozrénié psichiatrii*, IV, 1899.)

La première observation est particulièrement importante, à cause d'arthropathies multiples, dont, notamment, l'articulation du genou et l'articulation thoraco-claviculaire sont le siège. C'est, dit l'auteur, un cas exclusif, parce que, chez la malade en question, âgée de cinquante-cinq ans, la syringomyélie est indubitable, à raison de l'autopsie, et qu'il s'agit d'une forme absolument classique d'arthropathie du genou. En outre, la lésion de l'articulation thoraco-claviculaire n'a été décrite que par Luun (*Clinical Society of London*, Lancet, 19 mai 1894), et Schlesinger (*Die Syringomyelie*, 1895,). Les observations publiées prouvent indubitablement que les articulations des extrémités supérieures et de la ceinture scapulaire supérieure sont fréquemment atteintes dans la syringomyélie. Comment expliquer qu'on ait décrit si rarement les altérations de l'articulation thoraco-claviculaire? Parce qu'elles ne

sautent pas aux yeux, et qu'elles dérangent peu la fonction des extrémités supérieures.

Ces arthropathies doivent être considérées comme tout à fait analogues à celles des tabétiques ; c'est dire qu'on en ignore le mécanisme, car tout ce qui avait été avancé sur la pathogénie des arthropathies tabétiques est abandonné par tout le monde : impossible donc de parler de la même cause efficiente de l'arthropathie syringomyélique, puisque dans l'étiologie de cette dernière maladie, la syphilis ne joue aucun rôle.

On a dit que ces arthropathies sont une arthrite déformante originale sur un terrain tabétique ou gliomateux, dont la genèse est due à une cause mécanique, traumatique. Mais l'examen des os parlerait plutôt contre cette opinion : on y trouve des altérations telles, et en de tels points, qu'il n'y a pas à mettre en cause le traumatisme. La forme si personnelle des altérations ne rappelle nullement l'arthrite déformante. C'est donc l'opinion de Charcot et de ses élèves qui prévaut : c'est une altération purement trophique, qui dépend de l'affection du système nerveux. P. KERAVAL.

III. **Des formes frustes de la sclérose en plaques** ; par M. SCHAIKEWITSCH. (*Obozrénié psichiatrii*, III, 1898.)

Revue complétée par deux observations personnelles. Conclusions. Tout ce qui a été dit, en particulier les observations d'Hippel et de Bechterew, montrent que la sclérose en plaques est une affection multiloculaire ; que les cas typiques sont caractérisés par la compression des éléments nerveux sans dégénérescence, que les cas frustes proviennent de la rapide dégénérescence de ces éléments. Toute autre interprétation des faits ruinerait la doctrine de la sclérose en plaques. P. KERAVAL.

IV. **De l'immobilité des pupilles dans les attaques hystériques** ; par KARPLUS. *Ueber Pupillenstarre im hysterischen Anfalle* (*Jahrbüch. f. Psychiatrie*, 1898, t. XVII, fasc. 1 et 2).

La plupart des auteurs (sauf Féré et Pausier) ont admis comme démontré qu'il n'y avait pas dans l'attaque hystérique d'immobilité des pupilles, et que l'on pouvait, en se basant sur ce fait, distinguer les manifestations hystériques des états dus à l'épilepsie. Karplus, montre, en s'appuyant sur de nombreuses observations, que l'immobilité des pupilles est un symptôme observé dans les grandes attaques hystériques, et qu'on ne peut utiliser ce signe pour le diagnostic différentiel de l'hystérie et de l'épilepsie. On observe en général la dilatation et l'immobilité des pupilles dans les deux premières périodes de l'attaque ; l'immobilité pupillaire a été noté en outre dans des attaques hystériques non convulsives,

et chez certains sujets, sans que la conscience fût profondément troublée (petites attaques avec troubles respiratoires, etc.). On peut s'étonner, dit Karplus, que l'immobilité pupillaire qui est si fréquente, si manifeste dans les divers paroxysmes hystériques ait été si longtemps méconnue : sans doute, on avait l'idée préconçue que l'immobilité des pupilles et l'attaque hystérique étaient deux manifestations de nature tout à fait différente.

Il n'y a cependant rien qui empêche de considérer les troubles pupillaires de l'attaque hystérique comme un phénomène cortical : la dilatation et le rétrécissement des pupilles sont représentés dans l'écorce, et, si l'innervation qui préside à ces mouvements est soustraite à la volonté, on doit admettre que certains états d'excitation de l'écorce peuvent déterminer un spasme du muscle dilatateur de la pupille. Paul Sérieux.

V. **Accès d'asthme violent, d'origine hypo-thyroïdienne**; par Ley. (*Journ. de neurologie*, 1901, n° 9.)

Observation d'une malade qui depuis sa jeunesse était sujette à des accès d'asthme avec faiblesse générale disparaissant chaque fois qu'elle devenait enceinte pour reparaître trois semaines après l'accouchement. Pensant que ces accidents étaient dus à une insuffisance de la sécrétion thyroïdienne, que la grossesse faisait momentanément disparaître, on administra à cette malade des tablettes de thyroïdine et depuis cette époque sa santé s'est complètement rétablie. G. D.

VI. **Etude sur l'ophtalmoplégie congénitale (ophtalmoplégie complexe)**; par Cabannes et Barneff. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, n° 6, 1900.)

Les travaux antérieurs sur ce sujet permettent de diviser les paralysies congénitales des muscles oculaires en deux catégories : 1° Paralysies isolées; 2° Paralysies associées. Après étude d'un cas très intéressant observé par eux et analyse de 43 observations d'ophtalmoplégies congénitales recueillies dans la littérature médicale, les auteurs proposent d'ajouter à la classification indiquée plus haut une troisième catégorie : 3° Paralysies complexes, caractérisées par la réunion des éléments suivants : ptosis (paralysie du droit supérieur), paralysie ou parésie des obliques (plus rare), intégrité de la musculature interne (sphincter pupillaire et muscle ciliaire). R. C.

VII. **Une observation de trophœdème chronique héréditaire**; par Lannois. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, n° 6, 1900.)

Relation de 4 cas dans la même famille, contribuant à démontrer

l'importance de l'hérédité dans les causes de cette très rare affection.

VIII. **Un cas de dermo-neuro-fibromatose compliquée de phénomènes spinaux et de déformation considérable de la colonne vertébrale**; par P. Hanshalter. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, n° 6, 1900.)

Observation d'une forme anormale ayant pu faire croire tout d'abord à une variété de syringomyélie.

IX. **Forme rare de syringomélie vasculaire avec méningite tuberculeuse**; par C. Renoni. (*Il Morgagni*, 1900, mai.)

Autopsie d'un enfant de trois ans, opéré de méningocèle, mort huit jours après l'opération. L. D.

X. **Contribution à l'étude de la paralysie post-tabétique**; par Garbini. (*Il Manicomio*, 1899, 3.)

Travail long et minutieux qui a conduit l'auteur aux conclusions suivantes : affection rare en Italie (3,43 p. 100 des paral. généraux), se développant surtout chez l'homme, de préférence entre 30 et 40 ans et dans les classes pauvres qui sont deux ou trois fois plus atteintes que les classes aisées.

La syphilis, l'alcoolisme, les excès variés, les causes morales constituent des causes prédisposantes très importantes mais dont aucune ne suffit à produire la maladie. Le tabes héréditaire ne fait jamais défaut; il débute le plus souvent par des phénomènes dorso-lombaires.

La forme clinique la plus fréquente de la paralysie générale post-tabétique est la forme maniaque. La durée de la maladie dans son ensemble, depuis le début du tabes, est éminemment variable d'un an et moins à quinze ans. En général, il s'écoule de trois à cinq ans entre le début du tabes et celui de la paralysie générale qui évolue plus repidement que dans la forme commune et amène la mort en douze ou vingt-quatre mois.

La période d'incubation est impossible à déterminer, étant donné le caractère particulier des causes invoquées, sauf pour la syphilis. Les premiers symptômes du tabes se montrent six ou dix ans après l'infection. Les lésions anatomiques réunissent celles des deux affections tabes et paralysie générale. L. D.

XI. **Sur l'analgésie épigastrique profonde**; par Rossi G. Lamonda. (*Riv. clin. therap.*, 1900, avril.)

L'auteur confirme les résultats indiqués par Pitres sur la fré-

quence de l'analgésie épigastrique profonde dans l'épilepsie et le tabes ; et sur ses rapports avec l'état des réflexes superficiels. Il a cependant trouvé la sensibilité épigastique profonde plus souvent augmentée que diminuée dans l'hystérie. L'hyperesthésie, plus fréquente, se rencontre souvent dans l'anémie, les états dyscrasiques, les cachexies, la convalescence de maladies débilitantes. Elle reconnaîtrait pour cause la dénutrition qui provoquerait une réaction exagérée des éléments nerveux à l'excitation. En somme, l'auteur n'aboutit à aucune conclusion bien neuve. L. D.

XII. **Une épidémie de paralysie spinale infantile** ; par Simonini. (*Gazz. degli osped.*, 1899, 43.)

L'auteur rapporte cinq cas de paralysie spinale infantile observés dans le même village en quarante-quatre jours. De ces observations d'après l'auteur, il résulterait qu'on doit accorder une certaine importance au rhumatisme articulaire aigu dans l'étiologie de la paralysie infantile.

Ces cinq cas furent observés dans des familles différentes et débutèrent tous par une fièvre assez élevée. Mais la durée et le degré de la fièvre n'ont aucune influence sur la marche et l'issue de la maladie. En effet, celui des cinq enfants qui guérit presque complètement avait eu précisément une fièvre très élevée qui persista longtemps.

Chez les quatre autres, la paralysie s'établit définitivement avec atrophie musculaire et abaissement de la température du membre abdominal atteint. Deux d'entre eux aboutirent au pied-bot varus équin. L. D.

XIII. **Un cas d'anesthésie généralisée et presque totale** ; par G. Féron. (*Journ. de Neurologie*, 1900, n° 7.)

Il s'agit d'un homme de trente-huit ans qui présentait une abolition de la sensibilité dans tous ses modes, non seulement au niveau de la peau et des muqueuses, mais encore au niveau des os.

Comme il n'existait, chez ce malade, aucun signe de lésion organique en dehors d'un commencement d'atrophie de la papille gauche, l'auteur pense que cette anesthésie généralisée doit être mise sur le compte de l'hystérie. G. D.

XIV. **Un cas de sclérose cérébro-spinale disséminée** ; par J. Crocq. (*Journ. de Neurologie*, 1901, n° 7.)

Il s'agit d'une femme de quatre-vingt-un ans qui fut atteinte, à la suite d'une frayeur, de contractions musculaires répondant à trois types distincts :

1° Des oscillations rythmiques siégeant aux lèvres, au cou, aux

mains et aux pieds, diminuant sous l'influence de la volonté ou des mouvements volontaires ;

2° Des contractions fibrillaires localisées dans la plupart des muscles du corps ;

3° Un état d'incoordination spasmodique qui se manifeste à l'occasion des mouvements volontaires.

D'après l'auteur, tous ces troubles moteurs sont dus à des lésions scléreuses d'origine artérielle disséminées sur le névraxe.

Le diagnostic anatomique serait donc sclérose cérébro-spinale disséminée et le diagnostic clinique : tremblement sénile avec symptômes de sclérose en plaques. G. DENY.

XV. **Syndrome syringomyélique étendu unilatéral**; par F. SANO. (*Journ. de Neurologie*, 1901, n° 8.)

Observation d'un homme de trente-un ans chez lequel on constate tous les signes de la syringomyélie, mais localisés au côté droit du corps. Cette syringomyélie étant survenue sans cause appréciable, l'auteur croit qu'elle est sous la dépendance d'un arrêt de développement des centres nerveux qui aurait été lui-même la cause des réactions névrogliques et des dilatations épendymaires. G. D.

REVUE DE MÉDECINE LÉGALE.

I. **L'affaire Waldstein à Prague : deux lettres adressées aux membres de l'Association médico-psychologique de la Grande-Bretagne et de l'Irlande** ; par le professeur MORITZ BENEDIKT. (*The Journal of Mental Science*, janvier 1899.)

La première de ces lettres est une critique des psychologistes qui ont joué un rôle dans le procès Walstein, procès qui a fait un certain bruit en Autriche. L'auteur y examine les rapports de la faiblesse mentale avec la folie morale, le danger de créer une législation de classe, par une conception fausse de la folie morale, la question de la surveillance de l'Etat sur les choses relatives à la folie.

Dans la seconde, l'auteur revenant plus spécialement sur la question de la folie morale déclare espérer que le mot et la chose disparaîtront de la science. Ce qu'on appelle la folie morale n'est, suivant lui, qu'une dépravation, une corruption innée ou acquise, et, sauf le cas de complications, ne représente pas une forme de

folie : c'est une modification de l'état physiologique, un état antisocial, naturel ou acquis, mais non pas une maladie [1]. R. DE M.-C.

II. **Etat névropathique héréditaire et instabilité et maladie acquises associées au crime, avec une observation**; par Henry Lile WINTER. (*The New York Medical Journal*, 6 novembre 1897.)

Homme de trente-neuf ans : père et grand-père paternel alcooliques, grand'mère maternelle aliénée; convulsions dans l'enfance; alcoolique depuis l'âge de seize ans. Syphilitique (?) (un chancre il y a treize ans sans accidents consécutifs). — Anémique ; musculature pauvre. — Constipation, pas d'appétit. Instruction rudimentaire : intelligence ordinaire; mémoire faible. Caractère triste et par moments irascible. Réflexes normaux. — Il y a quatre ans, céphalalgies, et engourdissement, puis paralysie d'abord des doigts, ensuite de la main, enfin de tout le côté gauche. Cet état dure trois jours, puis survient une crise convulsive et tout rentre dans l'ordre ; depuis, il a eu d'autres convulsions, toujours précédées d'une aura visuelle, qui dure de vingt minutes à deux heures ; la crise convulsive débute par la main gauche. Il y a perte de conscience, écume à la bouche et miction involontaire : la période consécutive de stupeur est suivie d'une grande agitation, pendant laquelle le malade est dangereux pour lui-même et pour les autres. Puis il revient à son état normal, ne se souvenant de rien si ce n'est qu'il a été agité. — L'auteur le retrouva plus tard dans une prison, après une condamnation pour un délit sans grande importance : le médecin de la prison avait porté le diagnostic de syphilis cérébrale et tumeur cérébelleuse.

L'auteur indique ici les mensurations anthropométriques auxquelles le sujet a été soumis, et leurs résultats, et en terminant, il montre l'intérêt que présente un tel malade au point de vue médico-légal, en supposant que cet homme ait commis un crime grave, un meurtre par exemple, et en examinant les hypothèses — et les embarras, — auxquels il aurait donné lieu. R. DE MUSGRAVE-CLAY.

III. **Sur l'irresponsabilité chez les criminels**; par A.-R. WHITEWAY. (*The Journal of Mental Science*, octobre 1899.)

La question fondamentale qui se pose, en matière de châtiment pénal, est celle de la dose de responsabilité possédée par le criminel, et, pour la résoudre, il faut faire l'analyse quantitative de son état mental et moral; et cette analyse est nécessaire, quelle que soit celle des doctrines, actuellement régnantes et de plus en plus libérales en matière de responsabilité, que l'on adopte personnel-

[1] Nous ne pouvons accepter absolument cette opinion de notre éminent ami, le professeur Benedikt. (B.)

lement. Ces doctrines se divisent, en somme en deux groupes principaux, le groupe spiritualiste et le groupe positiviste : les spiritualistes croient à une obligation morale abstraite, les positivistes à une simple responsabilité envers la Société. La théorie positiviste se présente d'ailleurs sous diverses formes : il y a une école qui réduit la responsabilité aux simples nécessités de nos relations sociales, que celles-ci soient considérées comme nées d'un contrat social ou non, et dans ce cas elle nie formellement le libre arbitre (Fouillée) ; il y en a une autre qui place le droit de punir sous la dépendance des nécessités de la défense sociale; une troisième se base pour excuser l'aliéné sur ce qu'il est une unité non identique aux autres unités sociales. Von Liszt de son côté estime que la base de la responsabilité se trouve dans le pouvoir d'agir normalement, indépendamment de tout exercice du libre arbitre. D'autres encore distinguent entre la responsabilité subjective et la responsabilité objective, déclarant que nous ne savons rien de sûr de la première, mais que la seconde dépend certainement du danger que l'exemple donné par le criminel fait courir à la Société (Lévy-Bruhl). Mais, que l'on croie ou non avec Schopenhauer que l'impératif catégorique de Kant est un « vieux reste du Décalogue » il est certain qu'un homme ne peut se sentir responsable qu'autant qu'il a conscience de sa personnalité; et cette conscience, il peut l'avoir en dehors de tout sentiment net d'une obligation abstraite, comme aussi en dehors de tout libre arbitre. S'il est pleinement conscient de « l'identité et de la permanence de sa sa propre existence » c'est-à-dire de sa personnalité, il est capable de comprendre celle des autres, et il est, en fait, un être normal auquel une infraction à la loi peut être imputée comme une faute dont il est coupable. Eu d'autres termes il mérite d'être châtié dans l'exacte mesure où il est, ou n'est pas, un être normal tant au point de vue physique qu'au point de vue psychologique. Les hommes de science trouvent difficile d'admettre la folie partielle parce qu'ils ne paraissent pas se rendre compte que la responsabité ne dépend pas à proprement parler du discernement du bien et du mal, mais de la présence ou de l'absence chez le délinquant des qualités nécessaires pour acquérir et conserver cette faculté de discernement. La culpabilité des individus peut donc varier indéfiniment du minimum au maximum. R. DE MUSGRAVE-CLAY.

IV. **Notes sur l'exécution d'un testament dans un cas d'hémiplégie avec aphasie**; par James EDMUNDS. (*British Medical Journal*, 31 mars 1900.)

Une femme de soixante ans polyglotte, fort intelligente, est frappée d'une hémiplégie droite avec aphasie et agraphie, l'hémiplégie, l'aphasie et l'agraphie se complètent. Il s'agit d'aphasie mo-

trice ; l'intelligence reste intacte, elle comprend et s'exprime par gestes, elle lit. En avril 1896, elle a une arthropathie du genou droit. En août 1898 accès de goutte avec tophus. Assez bon état jusqu'au 10 juillet 1899. Ce jour là nouvel ictus avec aggravation des phénomènes parétiques du côté droit, intelligence toujours intacte, le 3 et 4 août la malade fait son testament. Le 26 août, mort après une série de petits ictus qui ne touchèrent l'intelligence que dans les 2 ou 3 derniers jours.

La malade avait désiré tester, le médecin imagina l'emploi de cartes à jouer sur lesquelles on écrivit très visiblement et les différentes propriétés à léguer et le nom des légataires éventuels. C'est par le choix de ces cartes différentes que la malade fit connaître ses instructions. Le notaire transcrivait à mesure et, quand elle eut achevé, il lui lut à haute voix la pièce et la malade montra par sa mimique et ses gestes qu'elle approuvait. Le testamennt fut attaqué, mais par un jugement de la Cour de Londres il fut déclaré valable. J. B. Buvat.

V. **Sur l'irresponsabilité des criminels**; par Charles Mercier. (*The Journal of Mental Science*, avril 1900.)

Nous ne pouvons qu'indiquer ce court mémoire de M. Mercier, qui est une réplique à l'article de M. Whiteway paru dans l'avant-dernier numéro du *Mental Science*, et qui concerne tout spécialement le procès criminel de Mary Ansell. R. de Musgrave-Clay.

VI. **Assassinat d'un fonctionnaire public par un aliéné atteint de paranoïa chronica**; par W. M. Bechterew. (*Obozrénié psichiatrii*, III, 1898.

Le malade en question tua à coups de revolver le président du tribunal territorial du gouvernement de Wiatka. Une des chambres médicales du gouvernement, malgré les résultats de l'examen pratiqué à l'asile des aliénés de Wiatka, conclut à la pleine responsabilité. Pour départager quatre experts, divergents d'opinion deux à deux, l'aliéné fut renvoyé devant la Société de médecine, la plus haute institution médicale de la Russie. Etude complète et rapport de M. Bechterew. C'est un délire systématique chronique originel. P. Keraval.

VII. **Rôle de la suggestion dans la vie publique**; par W.-M. Bechterew (*Obozrénié psichiatrii*, III, 1898).

Discours fort documenté sur le contage psychique qui produit la contagion psychique : ses microbes, quoiqne invisibles au microscope, n'en n'agissent pas moins, comme les microbes physiques, partout et en tout lieu. Ils se transmettent par les paroles

et les gestes des personnes environnantes, par les livres, les journaux, etc., en un mot, où que nous nous trouvions, nous sommes déjà soumis à l'action des microbes psychiques, et, par conséquent, nous nous trouvons en danger d'être contaminés mentalement.

Il est facile de s'imaginer le thème brillant et brillamment développé que M. Bechterew a su fournir, mais scientifiquement il ne nous apprend rien de nouveau. Sa péroraison mérite cependant d'être citée, parce qu'elle est une réfutation de l'opinion de Tolstoï, sur le rôle nul des individualités dans les événements historiques. La voici :

« Le thème que j'ai choisi, dit l'orateur, exigerait un plus long développement, car il est universel ; ce que j'ai dit donne, pour le moins, le canevas des réflexions que comporte l'importance de la suggestion dans la vie sociale des peuples, et le rôle qu'elle doit jouer aux moments graves de l'histoire à toutes les époques. Le temps ne m'a pas permis de m'arrêter sur la question des individualités séparées dans l'histoire. Beaucoup inclinent à nier absolument le rôle de l'individualité dans la marche des événements historiques. D'après eux, l'individu n'apparaît que comme l'expression des manières de voir de la masse, comme la plus haute personnification d'une époque, il ne peut donc avoir d'influence active sur la marche des événements historiques. Ces événements, par la force des choses, font surgir à la surface de la foule, telle ou telle individualité, mais ils se déroulent à leur rang en dehors et indépendamment des individualités qui n'exercent pas d'influence sur eux.

« Mais l'on oublie la suggestion, cette force importante, qui sert notamment d'arme puissante entre les mains de natures heureusement douées dès la naissance, de celles pour ainsi dire créées pour être des chefs des masses populaires. Il est certainement impossible de nier que l'individualité par elle-même n'apparaisse comme réfléchie par un milieu, par une époque; il est impossible de nier qu'aucun événement ne se puisse réaliser tant qu'à sa réalisation ne préside pas, au préalable, un terrain suffisamment préparé, et l'action de circonstances favorables. Mais il est hors de doute également que les orateurs brillants, les démagogues fameux, les favoris d'un peuple, les capitaines célèbres, et les grands hommes d'Etat, enfin les publicistes en renom, tiennent entre leurs mains une force puissante, qui est capable de coordonner les masses populaires, d'en former une unité appliquée à un but général unique, qui possède la vertu de les entraîner à des exploits, de les conduire à des événements dont les conséquences se répercutent sur la suite des générations futures. »

P. Keraval.

ASILES D'ALIÉNÉS.

I. Les soins des femmes auprès des hommes aliénés; par N.-A. Jurmann. (*Obozrénié psichiatrii*, III, 1898.)

A l'hôpital militaire Saint-Nicolas de Saint-Pétersbourg des sœurs de charité sont préposées aux sections de faibles qui contiennent, à raison du traitement par le repos au lit continu, aussi des psychoses aiguës ; elles assurent également le service dans les sections d'agités. Elles soignent les malades et maintiennent l'ordre, sous le commandement et la surveillance des autorités médicales et administratives. Leur traitement est de 15 à 20 roubles par mois, plus table et logement. Chacune des sections de faibles possède une sœur, qui y loge et vit continuellement. Chacune des sections d'agités en a trois ; elles y sont relevées, par détachements : le premier, va de 9 heures du matin à 3 heures après-midi; le second, de 3 heures à 9 heures du soir ; le troisième, de 9 heures du soir à 3 heures du matin ; le quatrième, de 3 heures à 9 heures du matin.

Pendant le service, les sœurs portent une robe de chambre blanche sur leur costume religieux. Elles exécutent toutes les prescriptions des ordonnateurs, surveillent l'administration des bains, d'après leurs instructions, observent les malades afin, en cas de changements graves, de prévenir aussitôt l'assistant de service dans la section, ou, par extraordinaire, l'ordonnateur de service, le surveillant de garde. Elles veillent à la distribution des portions alimentaires prescrites, commandent aux infirmiers. Elles inscrivent sur un registre les modifications qui se produisent chez les malades. A chaque visite des malades, par les ordonnateurs, le médecin principal, le directeur de la section, elles les accompagnent dans les quartiers, les informent des changements survenus chez les malades, leur montrent les nouveaux entrants, et inscrivent sur le registre du quartier toutes les dispositions prises par les ordonnateurs.

Pendant le temps de leur service, elles se guident, pour soigner les malades, sur les indications du surveillant et de son aide. Les sœurs de service aux agités — hommes — sont relevées, au moment des repas, par les sœurs libres.

Elles choisissent parmi elles une sœur qui sert d'intermédiaire entre elles et le personnel de service de la section, pour les ques-

tions qui touchent à leur existence (table, logement, etc.). Elles doivent suivre les leçons faites par l'un des ordonnateurs de la section.

P. KERAVAL.

II. **Soins donnés aux aliénés dans l'État de New-York**; par G. SHRADY. (*Medical Record.*)

Conformément à la loi de 1889 les aliénés de l'état de New-York sont traités dans onze asiles répartis dans onze districts différents. La répartition s'y fait de telle sorte que les malades ont toute commodité pour rester en relations constantes et faciles avec leur famille et leurs amis.

Mais, avant la répartition, les malades restent en observation soit à l'hôpital, sont dans le famille, soit en prison. Les inconvénients de ce mode d'observation sautent aux yeux, seule l'observation dans des sections spéciales d'hôpitaux généraux a donné d'excellents résultats et a encouragé l'administration à créer des sections de réception pour aliénés dans des hôpitaux publics. Dans la province d'Albany, cette méthode fonctionne déjà. Dans ces sections, il est possible de faire le départ entre aigus curables et chroniques; les premiers restent jusqu'à guérison à la section spéciale de l'hôpital, les autres sont évacués sur l'asile. L'avantage de ce nouveau mode d'hospitalisation, pour les alcooliques en particulier, est manifeste et l'auteur conclut que ce qui vient d'être fait à l'hôpital d'Albany devrait être généralisé systématiquement non seulement dans l'état de New-York mais dans le reste du monde civilisé.

J. B. BUVAT.

III. **La nécessité d'un musée et d'un laboratoire de pathologie et de physiologie cérébrale**; par A. H. NEWTH. (*The journal of Mental Science*, avril 1899.)

Une grande somme de travail accomplie dans les asiles, demeure effectivement sans profit faute de pouvoir être connue de ceux qu'elle intéresserait. On pourrait au contraire, lui faire porter tous ses fruits, par la création d'un musée destiné à recevoir les pièces macroscopiques ou microscopiques, se rapportant à la pathologie et à la physiologie du cerveau. Chaque chercheur suivrait sa voie, mais s'attacherait aussi à combler les lacunes, et les travailleurs seraient stimulés à la fois par la pensée que leurs recherches ne seront pas perdues pour leurs collègues, et aussi très légitimement par l'honneur qu'ils en retiraient. Le rapprochement matériel des études faites en divers endroits par des travailleurs isolés et originaux ne manqueraient pas de donner des résultats avantageux et ce musée serait également instructif pour ceux qui savent déjà et pour ceux qui ne savent par encore. Cette institution devrait être

complétée par un laboratoire où certaines recherches de physiologie et de pathologie cérébrales pourraient être faites avec un outillage plus complet que celui des asiles et par un pathologiste d'une compétence reconnue. R. DE MUSGRAVE-CLAY.

IV. Les punitions sont-elles justifiées dans les asiles ; par THOMAS DRAPES. (*The journal of Mental Science*, juillet 1899.)

L'auteur ne dissimule pas que ce petit problème en masque un plus grand, celui de la responsabilité de aliénés, déjà traité dans le *Journal of Mental Science*, par MM. Mercier, Noott et bien d'autres. Il développe sa pensée à cet égard dans des pages assez longues, qu'il résume lui-même dans les conclusions suivantes :

1° Il existe une folie partielle et la forme et le degré du trouble mental influent directement, dans chaque cas particulier, sur la question de responsabilité.

2° Si cette hypothèse admise, on a des raisons valables de considérer un aliéné comme partiellement irresponsable de sa conduite, alors, dans le cas où cet aliéné commet un méfait qui est sans rapport avec la sphère limitée de conduite dans laquelle sa folie évolue, une punition est légitime.

3° Le mot punition doit être considéré comme désignant toute mesure prise en vue de la correction d'une faute, soit par la privation d'une chose qui donne du plaisir, soit par l'infliction d'une chose qui cause de la douleur [1].

En terminant, l'auteur rappelle qu'à Warwich, en 1892, un magistrat, M. Justice Wright disait que « la réponsabilité d'un accusé devait défendre de la réponse qui pouvait être faite à cette question. Pouvait-il faire autrement ? ». Le critérium proposé par ce magistrat est simple et juste : sa phrase contient la solution entière du problème, C'est du pur bon sens.

R. DE MUSGRAVE-CLAY.

V. Garde de nuit et surveillance dans les asiles; par F. ASHBY ELKINS et JAMES MIDDLEMASS. (*The Journal of Mental Science*, octobre 1899.)

Le système préconisé par l'auteur, — et non d'une manière théorique, car il l'a depuis longtemps mise en pratique, — consiste principalement à traiter les malades d'asile comme des malades d'hôpital, et à prendre autant que possible pour modèle les dispositions adoptées dans ces derniers établissements. C'est ainsi que les malades bruyants ne sont pas relégués par M. Elkins, dans

[1] Causer de la douleur à un malade, nous ne saurions que protester ; voir page 53. (B.).

BOSTON MEDICAL LIBRARY. JUN 19 1900

un dortoir spécial, mais demeurent au milieu des malades calmes, dont le bruit qu'ils font ne trouble pas le sommeil, il l'a maintes fois constaté. Il peut cependant être troublé dans des cas exceptionnels, mais un aliéné qui passe dix heures au lit, peut sans inconvénient perdre, exceptionnellement, une heure ou deux de sommeil. L'auteur ajoute que si ce système est sans inconvénient pour l'entourage, il est avantageux pour le malade qui n'est pas abandonné seul dans une pièce obscure à ses idées délirantes ; en outre, l'infirmier de garde de nuit dispose toujours de quelques aliments destinés aux malades qui pourraient en avoir besoin et l'on sait que rien ne favorise le sommeil comme l'ingestion d'une petite quantité d'aliments. L'infirmier peut aussi s'occuper un instant du malade, causer avec lui un instant, l'aider à s'endormir (ce qu'il fera d'autant plus volontiers qu'il y a lui-même tout intérêt). Un autre avantage, c'est que les malades sont moins bruyants dans la journée, parcequ'ils ont bien dormi ; des malades à instincts de destruction peuvent être soumis utilement à ce système, la preuve c'est que dans une année trois chemises seulement ont été déchirées par deux aliénés. Pour les malades malpropres, il y a encore un avantage, celui de prévenir, dans une certaine mesure bien entendu, leur malpropreté, en devançant. En somme l'auteur estime que dans un asile, les chambres isolées ne doivent être attribuées qu'aux aliénés à tendances homicides. Un seul veilleur de nuit est suffisant pour vingt-cinq malades aigus et affaiblis, et pour quarante et cinquante chroniques tranquilles. En résumé, l'auteur voudrait : 1° Que les dispositions prises pour la surveillance de nuit dans les asiles se rapprochent beaucoup de celles qui sont en usage dans les hôpitaux généraux ; 2° Que tous les malades aigus, bruyants, malpropres et à tendances destructives (à l'égard des choses) soient placés la nuit dans des dortoirs soumis à une surveillance constante, et n'en soient retirés que lorsqu'il est devenu évident qu'ils ont cessé d'avoir besoin de cette surveillance spéciale. R. DE MUSGRAVE-CLAY.

VI. **Le système Brabazon dans un asile, histoire de son établissement et de son fonctionnement pendant une année** ; par HAMILTON C. MARR. (*The Journal of Mental Science*. juillet 1899.)

Il y a vingt ans que Lady Brabazon proposa une subvention pécuniaire à l'infirmerie ou au « Work house » qui consentirait à faire l'essai d'un système qui consistait à apprendre aux infirmes de ces établissements à se servir utilement de leurs mains, et à chasser ainsi l'ennui par le travail. La proposition fut acceptée en 1883, et aujourd'hui ce système fonctionne dans 156 établissements. En janvier 1898, il a été introduit dans un des asiles de Glasgow, où réside l'auteur. Un comité de dames s'est formé pour enseigner aux

malades impropres à tout autre travail, ou paralysés et alités, de petits travaux qui les occupent et les amusent; ce comité de dames est indispensable, car elles seules peuvent apporter à cet enseignement volontaire le temps et la patience qui feraient forcément défaut au personnel de l'asile si on essayait de l'en charger. La variété des travaux permet d'utiliser ce que chaque malade peut avoir d'aptitudes spéciales : un idiot peint des cartes et des boites à allumettes, d'après un modèle bien entendu, mais avec zèle et exactitude; d'autres font des tricots de fantaisie, des fleurs et des abat-jour en papier. On a ajouté récemment la sculpture sur bois et le tissage des corbeilles. Ces occupations ne servent pas seulement à désennuyer les malades, elles ont paru utiles à leur état mental [1]. A la fin de l'année, on a fait une vente des objets ainsi fabriqués, et le produit a servi à payer les matières premières employées d'abord, et à faire ensuite aux travailleurs et travailleuses un léger cadeau d'argent.

Enfin l'auteur voit à ce système un autre avantage, accessoire à la vérité, mais pourtant réel; il trouve avantageux que des dames pénètrent ainsi de temps en temps dans les asiles, et se rendent compte de leur fonctionnement; ce sont elles peut-être qui contribueront par là à dissiper les préjugés qui règnent encore au sujet des asiles, et à faire comprendre au public qu'un asile n'est pas autre chose qu'un hôpital spécial pour le traitement des maladies du cerveau. R. de MUSGRAVE-CLAY.

VII. L'évolution de l'architecture des asiles et les principes qui devraient diriger la construction moderne de ces établissements; par R.-H. STEEN. (*The Journal of Mental Science*, janvier 1900.)

Ce travail très intéressant, très détaillé, est accompagné de plans; il est malheureusement trop long pour que nous puissions en donner une idée : le rôle important que jouent les détails dans les études de ce genre en rend toujours l'analyse tout à fait insuffisante et nécessiterait presque une traduction; nous nous bornons à reproduire les conclusions générales de l'auteur qui sont les suivantes :

1° Les plans établis d'après le système de villas, et ceux qui comportent des blocs détachés situés à distance du bâtiment central présentent des inconvénients qui surpassent les avantages qu'on leur attribue : ces systèmes ne paraissent pas devoir se généraliser dans notre pays avec les conditions actuelles d'administration. »

« 2° La division d'un asile en deux portions, de dimensions

[1] C'est la pratique que nous n'avons cessé de recommander pour les asiles de la Seine. Elle existait, autrefois, à l'asile de Bassens. (B.).

presque égales, l'une pour les cas aigus, et l'autre pour les cas chroniques, est passible de diverses objections;

« 3° Le plan le mieux approprié à un asile dans notre pays est celui qui le compose de pavillons distincts, formant chacun un ensemble complet dans ses détails, et reliés entre eux et aux services administratifs au moyen de corridors. R. DE MUSGRAVE-CLAY.

VIII. **Résumé d'un mémoire sur la nécessité d'isoler les aliénés phthisiques**; par Eric FRANCE. (*The Journal of Mental Science*, janvier 1900.)

Par des documents précis et indiscutables, par des statistiques démonstratives et des graphiques qui ne sont que trop clairs, l'auteur montre les ravages que cause la tuberculose pulmonaire dans les asiles, et pense que le moment est venu de tenter un effort précis pour réduire le taux excessif de la mortalité par phthisie chez les aliénés. Le moyen fondamental qui s'impose pour atteindre ce résultat, c'est l'isolement après un diagnostic précoce, les malades devant être isolés avant que leur tuberculose devienne une tuberculose ouverte. R. DE MUSGRAVE-CLAY.

IX. **Enquête historique sur le personnel de surveillance des aliénés en Allemagne**; par A. PISNIATSCHEWSKI. (*Obozrénié psichiatrii*, IV, 1899.

L'histoire montre comment les soins que l'on donne aux aliénés réfléchissent les manières de voir des contemporains sur les maladies mentales : on y saisit aussi le degré de leur conscience et de leur initiative, ainsi que la dose de moralité et de culture intellectuelle de la société, aux différents âges. D'abord on punit les malades de leur conduite, on les considère comme responsables. Il est évident qu'il n'y a que l'idée de la force et non le sentiment de la justice qui puisse conduire à transporter la responsabilité de gens sains à des malades. Les infirmiers eux-mêmes châtiaient les malades pour diminuer les fatigues de la surveillance. Ce n'est que très tard qu'on se mit à imposer la responsabilité des désordres aux infirmiers et à les punir, mais le personnel de surveillance supérieur et l'administration demeurent irresponsables. Le droit du plus fort se décharge de ses obligations sur autrui. « Aucune société ne se laisse inoculer les idées les plus humaines que peut lui prêcher un de ses membres, tant que le terrain n'a pas été préparé d'avance par une culture générale suffisante. »

P. KERAVAL.

X. **La question des infirmiers dans les asiles d'aliénés**; par M. A.-W. TIMOFEIEW (*Obozrénié psichiatrii*, III, 1898.)

Après avoir décrit tous les essais faits à la maison de santé de

l'empereur Alexandre III, pour obtenir un personnel convenable, M. Timoféiew, qui a d'ailleurs longuement visité les asiles d'Europe, s'exprime ainsi : De toutes les panacées, plus ou moins essentielles, proposées pour améliorer et garder les infirmiers, il n'en est pas une seule qui n'ait été l'objet d'une expérience suivie en cet établissement. Le résultat a été en vérité déplorable. Voici maintenant comment on procède.

On prend des *serviteurs*, qui n'ont pas à s'occuper des malades; ce sont des domestiques, chargés exclusivement, sous peine de punitions, du ménage. Les soins immédiats des aliénés (alimentation, toilette, arrangement des lits, ablutions, bains, service de jour et de nuit), sont confiés à des *surveillants et à des aides-surveillants;* ils peuvent, dans quelques circonstances être exécutés par des serviteurs et des garde-malades, mais en la présence du personnel de surveillance, avec sa permission et ses indications. La difficulté a été de former des aides-surveillants et de les faire agréer des surveillants. On les choisit parmi des aides-chirurgiens, des instituteurs, de petits employés. Il y eut de l'antagonisme entre les surveillants et leurs aides, puis ils finirent par faire bon ménage, surtout lorsque le personnel des surveillants fut convaincu que ces aides, en lui allégeant ses peines, ne lui causaient pas de détriment. On subdivisa heureusement les aides en anciens et nouveaux. Les services et les capacités dont ont fait preuve les nouveaux dans le cours d'un an les élèvent au grade supérieur qui comporte les appointements les plus élevés. Comme de juste, ces aides furent d'abord introduits dans les sections où se fait le plus sentir la nécessité de soins plus intelligents, ainsi, dans les quartiers d'observation, dans ceux des agités, dans les salles de faibles.

Dans les quartiers de faibles, on ne tarda pas à remplacer le personnel masculin par des femmes, *des sœurs de charité*, qui conviennent mieux à ce genre de soins, mais en leur associant, dans les salles d'hommes, des serviteurs chargés de les aider, pour les gros travaux et les besognes qui exigent de la force musculaire. Les sœurs remplissent aussi dans les quartiers de femmes les fonctions des aides-surveillants dans les quartiers d'hommes.

Evidemment les aides-surveillants élèvent le taux de la dépense, mais dans une proportion encore acceptable, à cause surtout de l'amélioration des résultats. Ainsi, jadis le quartier d'observation (vingt-trois malades) occupait sept serviteurs, qui coûtaient, à 90 roubles par an chacun, 630 roubles (1.638 fr.) ; actuellement, on y emploie trois aides, dont l'un, l'ancien, coûte 20 roubles par mois, et les autres 15 ; en tout 600 roubles annuels (1.560 fr.); on y utilise aussi quatre serviteurs à 90 roubles par an, soit 360 roubles. Ce quartier coûte donc 960 roubles (2.496 fr.) au lieu de 630 (1.638 fr.). Ce sacrifice, qui a porté ses fruits, était indispensable, car il n'y avait rien à faire avec les domestiques. Il n'y a plus qu'à

obtenir pour les aides anciens le titre de serviteurs de l'Etat avec les droits correspondants (pensions de retraites, etc.).

Dans les quartiers de tranquilles, le surveillant n'est assisté que d'un aide. P. KERAVAL.

XI. **Le patronage familial en Hollande**; par le Dr PEETERS. (*Bull. de la Soc. de méd. mentale de Belgique*, mars 1901.)

Il résulte de cette note que le patronage familial des aliénés qui n'existe pour ainsi dire pas encore en Hollande y sera bientôt organisé, le ministre de l'intérieur ayant inscrit au budget de 1900 un crédit de 3 000 florins destiné à l'entretien des malades placés sous le régime familial. Le ministre s'est en outre engagé à faire des essais de ce régime dans les établissements de l'Etat, à Medenblik et à Grave, et à subventionner les asiles privés qui s'engageront dans la même voie. G. D.

LE PRÉSIDENT DU CONSEIL, MINISTRE DE L'INTÉRIEUR ET DES CULTES A MESSIEURS LES PRÉFETS.

J'ai été frappé des inconvénients considérables qui résultaient parfois pour les finances départementales des réclamations présentées tardivement par un déparlement à un autre en vue du recouvrement des sommes avancées par lui pour le paiement des frais d'entretien des aliénés indigents.

Trop souvent, l'autorité préfectorale qui avait prescrit l'hospitalisation d'un malade étranger au territoire de son ressort ne s'enquérait du lieu du domicile de secours de cet indigent qu'au jour de son décès ou de sa sortie, par suite de guérison, de l'asile où il avait reçu des soins.

Alors même que le domicile de secours paraissait établi dès l'époque à laquelle la mesure d'assistance avait été prise, les réclamations de l'asile créancier n'étaient adressées au département de ce domicile qu'à une époque très ultérieure.

Parfois un délai de trente années s'est écoulé entre l'hospitalisation dans l'asile d'un département et la réclamation à un autre département de la somme dont cette mesure d'assistance le rendait redevable, cette somme ayant alors grossi d'année en année jusqu'au total considérable de 15 à 20.000 francs.

Je n'ai pas à insister sur les difficultés résultant pour une administration préfectorale de l'obligation d'incorporer, au budget d'un exercice, une charge aussi considérable que celle résultant de l'acquittement du contingent départemental lorsqu'il s'agit d'une pareille somme réclamée en dehors de toutes prévisions. Les difficultés financières sont encore plus grandes et presque insurmontables quand le recouvrement doit avoir lieu sur le contingent communal.

Mais cette façon de procéder, souvent suivie, a donné lieu à un autre inconvénient. Le domicile de secours d'un malade, facile à établir lorsque ce malade, récemment hospitalisé, a quitté depuis peu le lieu de sa résidence habituelle, devient, quelques années plus tard, beaucoup plus difficile à déterminer, quand les témoignages se font plus rares et que les traces du séjour déjà ancien du malade dans telle ou telle localité et les éléments d'appréciation de sa durée ont pour ainsi dire disparu. Dans ce cas, les contestations deviennent beaucoup plus fréquentes et les litiges naissent avec une facilité bien plus grande.

Je vous invite, en vue de mettre fin à ces inconvénients qui ont préoccupé plusieurs assemblées départementales, à rechercher le domicile de secours de tout aliéné indigent dès l'année qui suivra son internement et à aviser dans le même temps de l'objet de ces recherches l'autorité départementale du lieu du domicile présumé.

Vous voudrez bien m'accuser réception des présentes instructions.

Pour le président du Conseil,
Ministre de l'Intérieur et des Cultes :
Le conseiller d'État, secrétaire général,
M...

SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE.

Séance du 6 juin 1901. — Présidence de M. le Professeur Raymond.

Une application nouvelle de la méthode de l'élongation trophique. L'ulcère chronique de jambe.

M. Chipault. — Je vous ai exposé, il y a un an, les résultats de l'élongation trophique des nerfs dans le mal perforant. Elle en donne de non moins intéressants dans l'ulcère chronique de jambe, variqueux ou non, dont trente cas ont été aujourd'hui traités par cette méthode : 9 cas personnels et 21 dus à Bardesco, Jonnesco, Paul Delbet, de Buck et Vanderlinden, Otero Acevédo, Gérard-Marchant.

Ici aussi la technique comprend deux temps : un temps d'élongation nerveuse, que l'on fera porter sur les nerfs musculo-cutané; saphène interne, sciatique poplité externe, c'est à dire à distance moyenne de l'ulcère; un temps de traitement de l'ulcère, consistant dans son ablation totale avec réunion, si c'est possible, et dans son curettage si, comme d'ordinaire, c'est impossible.

Les résultats ont été : *Résultats primitifs.* — Sur quatre ulcères enlevés et suturés, quatre réunions par première intention; sur vingt-six ulcères curetés : vingt-deux réunions par seconde intention; quatre non-réunions dont une totale et trois partielles. *Résultats tardifs.* — Sur les vingt-six réunions, soit primitives, soit secondaires, neuf cas n'ont pas été suivis, dix-sept ont été suivis, dont six plus d'un an, deux plus de deux ans, deux plus de trois ans. Chiffres remarquables pour un procédé aussi nouveau. Ils paraîtront encore plus probants si l'on remarque : que tous les ulcères traités étaient anciens, rebelles et étendus; que sur les quatre insuccès, trois ont trait à des cas où ma technique n'a pas été intégralement suivie. On sait, en effet, que je juge essentiel pour le résultat que l'élongation soit faite à distance moyenne. Or, dix-neuf cas traités de cette manière n'ont donné qu'un insuccès ; dans onze cas, l'élongation a porté à grande distance sur le sciatique : ils ont donné trois insuccès, dont deux tout particulièrement instructifs ; il s'agissait de malades porteurs d'ulcères superposés ; or, l'élongation du sciatique a guéri leur ulcère supérieur, le plus près de l'élongation, et n'a pas guéri leur ulcère inférieur, le plus éloigné, qui pourtant se trouvait dans les mêmes conditions d'état préopératoire et de soins locaux. Rien ne prouve mieux la nécessité, pour obtenir les remarquables résultats que donne l'élongation trophique dans l'ulcère de jambe, de s'en tenir à la technique même que j'ai indiquée.

Les résultats semblent prouver que l'ulcère de jambe rappelle beaucoup plus qu'on ne le dit d'ordinaire des troubles trophiques. On y note, du reste, souvent des troubles de la sensibilité, surtout de la sensibilité thermique et des troubles de la calorification. D'autre part, l'importance du rôle qu'y joue d'ordinaire la lésion vasculaire n'est plus pour embarrasser, aujourd'hui qu'il est admis que les dystrophies des plaies trophiques dépendent de lésions des nerfs vaso-moteurs par l'intermédiaire des altérations artério-veineuses que ces lésions produisent.

Adipose douloureuse.

MM. Achard et Laubry présentent une malade de soixante-huit ans, atteinte de la maladie de Dercum, les pieds et les mains sont indemnes, la malade est notablement obèse, mais sur le tronc et les bras l'adipose est diffuse et indolore; c'est aux jambes seule-

ment qu'elle est lobulée et douloureuse. Il s'agit donc d'une forme légère, d'un cas dans lequel la dystrophie est peu marquée, de tels sujets peuvent facilement passer inaperçus et laissent croire que cette affection est plus fréquente qu'on ne le croit. La patiente présente, en outre, un petit diabète. Les auteurs n'ont pas dit si elle avait ou non présenté d'hémorragies.

Hypertrophie de la queue de cheval.

M. Thomas présente les pièces d'un cas de névrite hypertrophique interstitielle et progressive de l'enfance, intéressant toutes les racines qui constituent la queue de cheval; l'affection a été à la fin suivie d'atrophie.

Arthropathie dans l'amyotrophie.

M. Etienne (de Nancy) présente une pièce provenant d'un malade atteint d'amyotrophie type Aran-Duchenne. On y voit à la fois de l'arthropathie, destruction de la tête humérale avec rupture spontanée de la capsule et de la périarthropathie avec nodules ostéophytiques sur les tendons d'insertion des muscles périarticulaires, notamment du deltoïde.

Syphilis des centres nerveux chez les indigènes de l'Algérie.

M. Scherb (d'Alger). — La syphilis est extrêmement fréquente parmi les indigènes de l'Algérie. Par contre, les accidents syphilitiques des centres nerveux y sont très rares.

La paralysie générale et le tabès ne se rencontrent jamais dans cette partie de la population, alors que les européens et les juifs du pays, paralytiques et tabétiques anciens syphilitiques y abondent. Ceci pourrait tenir à ce que la syphilis a été importée en Algérie à une date relativement récente. Le *mal francais* a été donné aux Arabes avant que les autres bienfaits de la civilisation aient eu le temps de collaborer avec lui pour produire ces deux affections. Mais celles-ci deviendront leur apanage quand ils se seront suffisamnent détachés des préceptes du Koran pour user des boissons alcooliques. Leur terrain n'est pas prêt pour que la syphilis y évolue dans ce sens. Qnant aux lésions gommeuses et aux artérites des centres nerveux, les quatre cas observés se divisent ainsi : le premier chez une hétaïre hystérique et intoxiquée par l'alcool et le tabac ; le deuxième chez un descendant de Turc, alcoolique et fumeur de chanvre dont le père était vésanique; le troisième chez un ouvrier du port, alcoolique ; le quatrième chez un Arabe de 27 ans, à syphilis grave sans tare antérieure. D'une manière générale, ce ne sont pas les syphilis graves qui entraînent

des accidents nerveux. Si les gommes des centres sont rares, par contre, le tertiarisme est commun chez les indigènes, mais les gommes atteignent surtout les membres inférieurs de ceux qui, marchant les jambes nues, vont dans la brousse et dans les chaumes où ils se font des éraillures. Chez les indigènes syphilitiques, les troubles des réflexes oculaires n'ont jamais été rencontrés; il n'y a donc pas même de tabès frustes.

M. Ballet. — Ceci montre bien que l'argument de la rareté de la paralysie générale chez les Arabes syphilitiques n'infirme pas l'origine spécifique de cette affection, puisque les gommes du cerveau elles-mêmes sont si rares chez eux. Une statistique numérique, précise, comparée, serait d'un haut intérêt.

M. Raymond. — Bolenski a fait la même remarque chez les Abyssins, presque tous sont syphilitiques et l'on ne rencontre jamais chez eux la paralysie générale, ni le tabès. Leur terrain n'est pas encore fait.

Sur la physionomie et le moment d'apparition des lésions cadavériques dans l'écorce cérébrale de l'homme, méthode de Nissl. (Travail du laboratoire de M. Ballet.)

MM. Maurice Faure et Laignel Lavastine ont recherché systématiquement, dans le laboratoire de M. Gilbert Ballet, à quel moment apparaissent les lésions cadavériques dans l'écorce cérébrale des cerveaux recueillis deux ou trois jours après la mort et abandonnés pendant plusieurs jours dans le laboratoire, à une température constante de 16 degrés sans aucune précaution d'assepsie, le cerveau étant seulement enveloppé d'une compresse humectée d'eau bouillie, pour éviter la dessication de l'écorce. Ce n'est guère que du troisième au sixième jour que des lésions cadavériques se sont produites. Elles étaient, du reste, généralement légères, et des cerveaux de cinq jours ont pu être étudiés sans aucune difficulté. Les auteurs présentent des préparations de cellules pyramidales absolument normales dans des cerveaux de trois et quatre jours et à peu près normales dans des cerveaux de cinq jours. Il faut attendre six, sept et huit jours pour trouver des altérations considérables dont voici les caractères : la substance blanche et les éléments interstitiels ne prennent plus aucune coloration, ils sont en bouillie; les petites cellules pyramidales ne sont presque plus visibles, les grandes cellules sont beaucoup mieux conservées. Elles ont gardé leur forme mais, leurs contours sont ondulés, irréguliers et peu nets. Les grains chromophyles sont disparus ou beaucoup diminués de volume. Entre les grains s'étend une sorte de réticulum coloré donnant au contenu de la cellule l'aspect d'une toile d'araignée. Le noyau et

le nucléole sont à leur place mais, le noyau est gonflé et coloré, ses limites disparaissent dans la substance de la cellule. Le nucléole est très gros et ses contours sont irréguliers. Ces lésions sont donc très différentes d'aspect de celles que l'on observe dans les cas pathologiques et peuvent en être facilement distinguées.

Après le huitième jour, les pièces ne prennent plus la couleur ou ne la gardent que trop peu de temps pour être utilisée. D'ailleurs, en règle générale, les pièces sont d'autant plus difficiles à colorer et perdent d'autant plus vite la couleur qu'elles sont plus anciennes. Il est bien évident que ces résultats ne s'entendent que pour les cerveaux placés dans les conditions indiquées par les auteurs. Il est vraisemblable que les pièces s'altèreraient plus vite si elles étaient abandonnées dans le cadavre surtout pendant les temps chauds et orageux.

Conclusions : 1° Les lésions cadavériques de l'écorce cérébrale étudiées par la méthode de Nissl se produisent à une date assez tardive pour qu'elles soient négligeables dans les conditions habituelles des recherches anatomo-pathologiques; 2° Leur physionomie diffère radicalement de celle des lésions pathologiques. Elles ne peuvent donc pas constituer une cause d'erreur.

Amyotrophie et syringomyélie comparées.

M. Guillain présente trois malades du service de M. Marie. Deux amyotrophiques type Charcot-Marie conservent les fonctions de leurs membres, un syringomyélique, au contraire, est frappé d'impotence absolue quoique l'aspect des membres soit le même.

Œdème hystérique.

M. Cestan présente avec M. Raymond une malade de quatorze ans, réglée, qui a eu, il y a quelque temps, deux tournioles à la main gauche; dans la suite s'est produite une enflure énorme, violâtre et chaude de la main, tandis que les tournioles ne se cicatrisaient pas et se couvraient de sphacèles. On appliqua des pansements intensifs, l'œdème augmenta et des sphacèles apparurent en haut près du pli du coude, un chirurgien et un médecin fort instruits crurent à un phlegmon grave et pensèrent à l'amputation, mais avant de la pratiquer ils envoyèrent le malade consulter à la Salpêtrière où la contracture énorme de la main, la dureté de l'œdème, la nervosité de la malade et un bracelet de phlyctènes situé sur l'avant bras firent reconnaître un œdème hystérique, le traitement approprié l'a beaucoup amélioré. Cet œdème était chaud, la main atteinte avait 6° de plus que la main saine.

M. Lévy présente un malade de M. Babinsky, atteint d'*amyotrophie du type Landouzy-Déjerine.*

M. G. Aubry lit une observation de *périnévrite* qu'il considère comme étant de nature *tuberculeuse*.

Contribution à l'étude anatomopathologique de la myélite syphilitique.

MM. Hauser et Thomas. — A propos d'un cas où les lésions des fibres étaient nettes, celles des vaisseaux et des méninges importantes, mais où malgré l'intégrité relative des cordons de Goll la sensibilité était abolie, les auteurs admettent qu'il faut, dans les symptômes, faire une place considérable en dehors des lésions réelles à l'irritation produite par l'agent morbide sur le parenchyme nerveux lui-même. (Les lésions névrogliques étaient nulles.)

M. Touche montre les pièces d'un cas d'*hémorragie cérébrale optico-bulbaire avec ptosis*, et d'un cas de *paraplégie douloureuse des cancéreux*.

M. Boinet (de Marseille) envoie une note sur deux cas de *mouvements athétosiques dans le tabes*.

M. Lastarac (de Toulouse) envoie une note sur les *torticolis spasmodiques et spasmes fonctionnels* (crampe des écrivains associée à un torticolis, etc.).

M. Meige demande qu'on ne confonde pas spasme fonctionnel avec spasme professionnel. F. Boissier.

SOCIÉTÉ DE NEUROPATHOLOGIE ET DE PSYCHIATRIE DE MOSCOU

Séance du 17 mars 1900.

P. Nikitine. — *De l'assistance des idiots et des épileptiques.*

M. Nikitine présente un rapport détaillé sur les établissements médico-pédagogiques pour les idiots et les épileptiques, qui existent dans l'Europe Occidentale et aux Etats-Unis. En ce qui concerne la Russie, les statistiques de M. Jakowenko montrent que le district de Moscou contient 55 épileptiques et 70 idiots par 100 000 habitants. MM. Bieliakoff et Kastchenko donnent presque les mêmes chiffres pour les districts (gouvernements) de Saint-Pétersbourg et de Nijni-Nowgorod. Et cependant le nombre d'asiles et d'établissements pour ce genre de malades est très limité. En 1854, le Dr Platz fonda à Riga le premier établissement « médico-pédagogique pour les épileptiques, arriérés, imbéciles et

idiots ». En 1882, le docteur Malarewski fonda un établissement pareil à Saint-Pétersbourg. En 1885 fut créée à l'asile d'Oudielnaia une *division des idiots*, contenant en tout 50 malades des deux sexes, dont 25 épileptiques; mais cette division ne possède ni école ni ateliers. Il existe là-bas encore un autre asile contenant 40 idiots des deux sexes et fondé par les soins de la Société Evangélique de Saint-Pétersbourg. En 1895, l'évêque Ignace fonda à Saint-Pétersbourg un asile contenant 48 pensionnaires et 15 externes, avec école et ateliers de reliure, de menuiserie et de tapisserie. A noter encore un petit asile de charité à Woroniège et un petit établissement privé à Mitawa. Moscou possède depuis une vingtaine d'années un asile contenant 40 enfants idiots; un médecin visite les malades une fois par semaine. L'hôpital Troïtzky pour les chroniques possède une division d'épileptiques de tout âge, depuis l'âge de douze ans. L'asile (des aliénés) départemental de Moscou entretient 10 enfants idiots sur des fonds de charité privée. Mais bientôt Moscou va avoir un grand établissement médico-pédagogique destiné aux idiots et épileptiques. Cet établissement va être bâti dans la « propriété Kanatchikoff », près l'asile Alexeïeff. D'après les données de M. le professeur Roth, Moscou possède environ 350 idiots, âgés de deux à quatorze ans; 200 de ces malades ont besoin d'assistance et d'instruction.

Discussion. — M. Rossolimo fait ressortir l'importance du côté pédagogique, à côté du côté médical. L'éducation préalable du personnel pédagogique est nécessaire, si l'on veut faire bien les choses.

M. Mouratow croit que l'établissement doit posséder une infirmerie avec un service d'observation où l'on puisse faire des diagnostics précis. M. Postowsky insiste sur la nécessité de séparer les épileptiques des idiots. En outre, ont pris part à la discussion MM. Tokarsky et Roth.

G. Rossolimo. — *Une forme particulière du trouble de la déglutition.*

Sous le nom de *dysphagie amyotaxique*, l'auteur comprend un trouble spécial de la déglutition, occasionné par un trouble de la fonction des appareils nerveux correspondants du cerveau. C'est un ensemble de phénomènes analogue au bégaiement, au spasme des écrivains et autres tics d'ordre supérieur, avec prédominance de troubles moteurs, sensitifs ou psychiques (dysphagie amiotaxique, motrice, sensitive, psychique). En se basant sur huit observations, l'auteur conclut que le trouble en question s'observe ordinairement chez des personnes d'âge moyen, plus fréquemment chez des femmes que chez des hommes, principalement chez des personnes instruites, entachées d'hérédité tuberculeuse et alcoolique; il existe en même temps des troubles vasculaires très prononcés. On observe

parfois chez ces malades des phénomènes hystériques, d'autres troubles amyotaxiques et des obsessions. Parmi les troubles sensitifs, observés en rapport avec cette dysphagie, l'auteur a noté : la sensation de la boule (globus), paresthésies diverses dans la bouche, le nez, le voile du palais, le pharynx, le cou et la nuque, pesanteur dans le creux de l'estomac, oppression. Parmi les causes prédisposantes il faut mettre au premier plan les conditions qui soutiennent un état de sensibilité exagérée, le plus souvent l'état d'attente anxieuse, les chagrins et les émotions violentes, les irrégularités de la vie sexuelle. Les causes immédiates de la dysphagie consistent : 1° dans l'affaiblissement de l'appareil de la déglutition par suite d'un travail exagéré; 2° dans l'apparition des paresthésies ci-dessus indiquées; 3° dans une appréhension particulière liée à l'acte de déglutition. Le traitement de cette dysphagie est peu efficace; dans les cas légers, on obtient de bons résultats avec la médication tonique (fer, arsenic, hydrothérapie, travail physique) et calmante (bromures avec codéine). En présence d'un état hystérique bien prononcé, il faut essayer le traitement psychique, y compris la suggestion hypnotique.

Discussion. — M. Tokarsky fait remarquer que les cas de dysphagie amyotaxique s'observent très souvent, et même dans le jeune âge. Parmi les phénomènes concomitants, il n'est pas rare d'observer des *vomissements* qui suivent immédiatement la déglutition, et qui sont provoqués par la peur et l'idée que la déglutition est impossible. Les malades de cette catégorie se rendent le plus souvent chez des chirurgiens qui les soumettent à l'épreuve de la sonde et qui emploient même la sonde plus tard dans le but d'un traitement psychique. Mais l'opération agit toujours dans le sens contraire, car elle entretient chez les malades l'idée d'un cancer, de sorte qu'il faut condamner l'usage de la sonde et ne l'employer que dans le but diagnostique.

W. Mourawieff croit que la sonde n'est même pas nécessaire pour faire le diagnostic, car l'interrogatoire seul suffit pour établir l'existence d'un trouble fonctionnel daus le mécanisme de la déglutition.

M. Versiloff croit au contraire qu'il faut soumettre le malade à un examen interne des plus minutieux. Ainsi, chez une malade atteinte de dysphagie on découvrit une tuberculose laryngée, chez une autre l'examen révéla la tuberculose des sommets.

M. le professeur Roth voit tout l'intérêt de la communication de M. Rossolimo dans la tendance de diviser en plusieurs groupes bien distincts le symptôme général connu sous le nom de *dysphagie nerveuse ;* en effet, on trouve la dysphagie chez les hystériques, chez les hypochondriaques, dans l'asthénie bulbaire et enfin dans les affections organiques vraies — les paralysies bulbaires. Chez les

uns la cause principale du trouble réside dans la suggestion psychique, chez d'autres dans une excitation périphérique ou dans une anesthésie locale, etc.

Des remarques ont été également faites par MM. Lountz, Préobrajensky et Mouratow.

P. Toutyschkine fait une communication sur *l'évolutionnisme moderne et la dégénérescence.*

Secrétaires des séances : A. Bernstein ; V. Mouravieff.

Séance du 21 avril 1900.

V. Wassilieff. — *Un cas d'épilepsie corticale* (avec présentation des préparations).

Il s'agit d'un malade admis dans l'Asile départemental de Moscou et présentant des accès de convulsions dans la moitié gauche de la face et dans les extrémités du même côté. Le côté atteint est paralysé (paralysie de la face et du bras, parésie de la jambe). Les accès sont tellement fréquents que le malade désire être opéré. Pas de syphilis, ni de traumatisme, ni d'alcoolisme dans les antécédents du malade. L'affection a débuté, il y a quinze ans, par des accès de paresthésie dans la main, puis des accès rares des crampes dans les doigts. Plus tard la crampe s'est étendue à la face (toujours du côté gauche). Il n'y a que depuis un mois que les accès sont devenus très fréquents. Depuis une quinzaine de jours le côté atteint est frappé de paralysie. Le nombre des accès pendant le séjour du malade à l'hôpital est allé jusqu'à 221 dans une journée, avec perte de connaissance et généralisation des convulsions à l'acmé de l'accès. La vue est bien conservée. L'examen ophtalmoscopique donne des résultats négatifs. L'ouïe est affaiblie des deux côtés. La sensibilité est affaiblie du côté paralysé. Le malade meurt d'une pneumonie franche. A l'autopsie, on trouve au fond de la scissure de Rollando, un foyer hémorrhagique ancien, gros comme un pois, occupant les circonvolutions antérieure et postérieure et n'atteignant pas la substance blanche. Macroscopiquement, le foyer est d'aspect apoplectique ; l'endroit qu'il occupe correspond aux numéros 53, 54, 59 et 61 du schéma d'Exner.

Le cas est intéressant au point de vue chirurgical, car si le malade avait été opéré, on n'eût pas trouvé le foyer, même si les deux circonvolutions centrales étaient mises à nu ; il aurait fallu les écarter et aller au fond de la scissure de Rolando.

Discussion. — M. Mouratow fait remarquer que généralement l'épilepsie jacksonienne s'accompagne de convulsions cloniques. Or, le malade de M. Wassilieff présentait des accès de convulsions toniques, ce qui indique l'existence de lésions dégénératives. Quant aux troubles de la sensibilité, la plupart des auteurs admet actuellement leur existence dans l'épilepsie corticale.

M. WEIDENHAMMER croit qu'il aurait fallu faire l'examen complet du cerveau et chercher d'autres foyers qui dans des cas pareils sont souvent multiples.

A. TOKARSKY. — *Contribution expérimentale à l'étude de la mémoire.* La communication de M. Tokarsky a suscité une discussion animée à laquelle ont pris part MM. REPMAN, POSTOWSKY, WOROBIEFF, ROTH, JAKOWENKO, ROLETCHER, SCHACH-NASAROFF et ROSSOLIMO.

Séance extraordinaire du 5 mai 1900, provoquée par la mort du vice-président de la société, le professeur S. Korsakoff.

Des discours ont été prononcés, consacrés à la mémoire du défunt, par M. le professeur Roth, A. Korniloff, Serbsky, Tokarsky, Bajenoff et Rossolimo. Les orateurs ont été unanimes à admirer la haute valeur morale du défunt, les grandes qualités de son enseignement et de son activité sociale et scientifique. De nombreux télégrammes de condoléances sont parvenus à la Société de la part des diverses sociétés et corps constitués, de même que de la part des particuliers. On a discuté la question de perpétuer la mémoire du défunt et on a décidé :

1° D'éditer un journal portant le nom de S. Korsakoff ; ce journal dont le défunt avait rêvé depuis longtemps, sera en même temps l'organe de la Société ; 2° d'exposer dans l'auditoire de la Clinique psychiatrique, qui sert également de salle des séances de la Société, le buste du défunt ; 3° de fonder un prix en sa mémoire ; 4° de fonder un capital, destiné à subventionner de jeunes médecins qui désirent faire des voyages à l'étranger dans le but de se perfectionner dans l'étude des maladies nerveuses et mentales ; 5° d'appeler désormais la séance ordinaire du mois de janvier du nom de S. Korsakoff ; 6° d'exprimer des compliments de condoléance à la veuve du défunt.

Séance du 19 mai 1900.

S. NALBANDOFF. — *Déformation de la colonne vertébrale dans la syringomyélie.*

Sur 38 cas de syringomyélie observés par lui, l'auteur trouve ce symptôme dans 73,6 p. 100 des cas. Sur 13 autres cas notés dans les archives de la clinique, il le trouve dans 69,2 p. 100 des cas. Mais ce n'est pas dans tous les cas qu'on peut mettre le symptôme sur le compte de la syringomyélie et le qualifier de syringomyélique. Ce sont au contraire pour la plupart (dans 52,6 p. 100) des déformations primitives, d'origine rachitique ou des scolioses habituelles. Pour confirmer ses dires, l'auteur relate l'observation d'un syringomyélique, chez lequel l'autopsie a révélé des altérations rachitiques très accusées. Des déformations vertébrales réellement

syringomyéliques Nalbandoff ne compte que dans 21 p. 100 ; leur caractéristique consiste dans leur apparition tardive, le développement progressif, la déformation intense et, pour la plupart, l'évolution indolore. Ces déformations sont de nature ostéo-arthropathique. Il est probable que la syringomyélie et le rachitisme, que l'auteur trouve combinés très souvent, relèvent des mêmes causes étiologiques, notamment de la syphilis, de l'alcoolisme et de la tuberculose.

Discussion. — L. Minor présente un malade chez lequel tous les symptômes de la syringomyélie sont très accusés, à savoir, arthropathies, cyphose, scoliose, etc. M. le professeur Roth ne croit pas que dans les 52 p. 100 de M. Nalbandoff la scoliose n'ait aucun rapport avec la syringomyélie. Déjà la théorie des probabilités s'oppose à cette manière d'envisager les choses, et il n'est guère probable que dans un nombre aussi élevé de fois (52 p. 100) le symptôme morbide n'ait d'autre rapport que celui qui relie le rachitisme ou la tuberculose avec la syringomyélie. Il n'est pas juste non plus de refuser la nature syringomyélique aux scolioses dans les cas où l'autopsie ne révèle pas l'existence des arthropathies. Cela prouve seulement qu'en dehors des arthropathies, les déviations vertébrales dans la syringomyélie reconnaissent une autre origine. M. Mouratow a eu l'occasion d'observer une déformation de la colonne vertébrale chez deux enfants atteints d'hydrocéphalie et d'hydromyélie (non traumatique) et il incline à considérer ce symptôme, comme un symptôme essentiel de l'hydrocéphalie et de la syringomyélie.

M. Solovtzoff présente les *préparations anatomiques de trois cas d'anencéphalie congénitale.* — L'examen des deux premiers monstres permet de conclure que les parties de l'encéphale, situées en avant du cervelet, ont peu d'influence sur l'évolution des autres parties, sauf les voies pyramidales. L'hydrocéphalie d'une région centrale reste sans influence sur le développement des autres régions. Il existait dans les deux premiers cas une hydrocéphalie des deux ventricules latéraux et du troisième ventricule, mais le quatrième ventricule et le canal central médullaire n'étaient pas dilatés. Sous l'influence de la dilatation des ventricules latéraux, les nerfs optiques se sont montrés très amincis.

Secrétaires des séances : V. Mouravieff et N. Versiloff.

SOCIÉTÉ D'HYPNOLOGIE ET DE PSYCHOLOGIE.

Séance du 21 mai 1901. — PRÉSIDENCE DE M. VOISIN.

Rétrécissement spasmodique de l'urèthre. — M. WATEAU rapporte le cas d'un étudiant en médecine qui, atteint depuis trois mois mois d'un rétrécissement spasmodique de l'urèthre, en fut guéri par la suggestion hypnotique.

Suggestibilité et suggestion. — M. Félix REGNAULT signale l'abus que certains auteurs ont fait de ces deux termes. Les discussions s'éternisent parce qu'on ne s'entend pas sur les définitions. Pour des raisons de clarté et de précision, le mot suggestion doit être pris toujours au sens restreint et ne pas désigner indifféremment tout ce qui tend à susciter l'imitation, à provoquer l'automatisme, à créer des habitudes psychiques.

La transverbération de Sainte-Thérèse d'Avila. — M. Henry LEMESLE. Sainte-Thérèse présentait, même dans l'intervalle de ses extases et de ses hallucinations, des stigmates avérés d'hystérie. C'est à la suite d'un entraînement extatique qu'elle a provoqué la scène de la transverbération.

Un violoniste prodige. — M. Lionel DAURIAC fait une étude psychologique du cas de Kun Arpad, violoniste de sept ans, qui, doué d'une extraordinaire précocité musicale, compose et surtout exécute des morceaux très difficiles avec une vélocité et une sûreté étonnantes.

Hypnotisme spontané. — M. BÉRILLON. L'hypnotisme spontané peut survenir fortuitement, sans intervention suggestive quelconque, à la suite de chocs ou d'accès convulsifs. Il est caractérisé soit par la catalepsie, soit par l'automatisme somnambulique. La suggestion, souvent, ne peut, dans ces cas, intervenir comme agent thérapeutique qu'après une très longue éducation du sujet. En 1742, Sauvage de la Croix (de Montpellier) a communiqué à l'Académie des sciences un curieux cas de ce genre. Il observait déjà à cette époque les phénomènes somatiques décrits par Charcot ; la catalepsie et le somnambulisme se succédaient régulièrement, sans aucune suggestion, en dehors de toute action physique ou psychique.

BIBLIOGRAPHIE.

I. *La pratique de la médecine mentale;* par P. Keraval. (1901, Vigot frères, éditeurs.)

Tout ce qu'un précis peut contenir d'original, sans risquer d'entraîner le lecteur en dehors du champ de la science stable et acquise, caractérise ce nouveau travail. On sent que l'homme qui l'a écrit, versé à fond dans le sujet qu'il traite l'a composé avec l'aisance d'une expérience des plus riches; qu'il a su éviter toutes les complexités, tous les écueils; et le seul effort qui transparaisse, est celui qui a tendu à dire tout ce qui est utile et rien que ce qui est utile. A sa longue pratique, M. Keraval joint la connaissance de toutes les langues et de toutes les littératures ce qui donne à son enseignement une lumière toute particulière, et ses auditeurs de la Faculté de Lille ont rendu un réel service en l'engageant à publier ses conférences dont l'ensemble constitue ce manuel. Point de théories hypothétiques, point de controverses doctrinales, mais de la clinique toujours, clinique basée sur la physiologie, telle est la formule dont l'auteur s'est inspiré, pour donner aux élèves et aux praticiens un extrait substantiel et vraiment concret de la psychiatrie. La classification qu'il propose essentiellement naturelle et ingénieusement démonstrative contient quelques dénominations très heureuses et satisfait l'esprit sans boulverser en rien les cadres généralement admis. Elle est une bonne introduction au développement du livre qui, sous le contrôle de la pratique très personnelle de M. Keraval, constitue à la fois une page très élevée et très moderne de pathologie générale et un guide très professionnellement médical pour quiconque a besoin de se renseigner vite. Pas de philosophie superflue: tout est ramené au terrain strictement pathologique et on trouve juste ce qu'il faut de psychologie pour la bonne compréhension de la pathogénie mentale dans les deux chapitres sur le mécanisme des sentiments. Le terme de plus en plus discrédité de « folie » est réduit à sa juste valeur et distingué de celui d'aliénation mentale, et chaque type morbide est étudié en lui-même d'abord puis dans les formes qu'il caractérise, ainsi les chapitres « manie et mélancolie » sont suivis d'une étude des folies maniaques et mélancoliques; ce qui facilite l'étude ultérieure des états mentaux survenant comme symptômes ou épiphénomènes

de maladies infectieuses ou diathésiques où ces états ne jouent qu'un rôle effacé et non constant. Nous avions déjà en France d'excellents manuels avec ceux de Cullerre, de Bra, de Sollier et de Régis ; celui de Keraval ne fera double emploi avec aucun de ceux-ci, ce qui n'étonnera personne de ceux qui connaissent l'auteur, ses œuvres antérieures et ses méthodes habituelles. Et si les médecins y trouvent un précieux guide, les spécialistes eux-mêmes le liront avec grand intérêt et avec avantage. F. B.

II. *L'éducation par l'instruction et les théories pédagogiques de Herbart;* par M. Mauxion, professeur de philosophie à la Faculté des Lettres de Poitiers. Vol. in-18 de 188 pages. Paris, 1901. Félix Alcan, éditeur.

Les théories pédagogiques de Herbart, bien que datant du début du XIXe siècle, n'en ont pas moins conservé toute leur vitalité, au moins au delà du Rhin. Depuis ces dernières années de consciencieuses traductions les ont fait connaître à Bologne, Pavie, Londres et New-York ; en France les quelques ouvrages qui se sont occupés d'elles ont presque passé inaperçus. M. Mauxion estime que les doctrines de Herbart méritent bien cependant d'attirer chez nous l'attention de ceux qui s'occupent de cette philosophie pratique qui a nom pédagogie. Dans son ouvrage, consciencieusement édifié, il résume les idees du grand pédagogue, en insistant particulièrement sur les déductions qu'on doit en tirer au point de vue éducatif.

Herbart (1776-1841) naquit à Oldenburg. Il fut d'abord précepteur dans la famille de Steiger, qui lui avait confié trois enfants. C'est en poursuivant cette tâche délicate, qu'il s'initia à la pratique de la pédagogie. A l'encontre de nos psychologues de cabinet, ce n'est pas de son imagination qu'il tira sa méthode d'éducation, mais de sa propre expérience journalière. Son chef-d'œuvre est *la Pédagogie générale déduite du but de l'éducation,* parue en 1806.

Pour bien comprendre les théories émises par Herbart, il est indispensable de connaître sa philosophie.

Au point de vue *métaphysique* Herbart considère la nature comme un monde d'apparences, qui ont leur fondement et leur application dans l'existence d'êtres simples véritablement réels, mais dont l'essence nous est inconnue. Ces êtres simples, ces *monades,* ne sont pas des agrégats matériels : elles peuvent se pénétrer, et ces pénétrations donnent lieu à des actes de perturbation et de conservation individuelle.

Notre *âme* est une monade entrant en connexion constante avec d'autres monades, d'où les *représentations.* Il n'existe pas d'idées innées, pas de prédispositions, pas de facultés. La psychologie construit l'esprit avec des représentations, comme la physiologie construit le corps avec des fibres. Deux représentations peuvent

coexister et former, si elles sont différentes, une *complexion;* si elles sont de même nature, elles cherchent à se détruire, mais, comme il y a impossibilité, elles se transforment en une simple tendance, et forment *fusion*. Chassées par les nouvelles, elles tendent toujours à revenir au seuil de la conscience, sous l'influence d'une nouvelle représentation identique; les efforts peuvent aboutir, il y a alors reproduction (*association, mémoire*). Chaque représentation est une force, c'est la plus puissante qui triomphe dans ces rivalités incessantes. Les phénomènes que nous attribuons à *l'imagination* ne résultent que de la manière dont s'entrecroisent les diverses séries de représentations. Les fusions donnent lieu aux *idées générales,* que le *langage* réalise. Si la fusion est laborieuse, il y a *douleur,* si, au contraire, elle est facile, il y a *plaisir*. La facilité de la fusion entraîne une tendance à se renouveler, d'où le *désir*. La *volonté* n'est qu'une forme particulière du désir. Pour Herbart, *il n'y a pas de liberté;* l'illusion que nous en avons n'est que le résultat de notre ignorance du mécanisme psychique. Le corps n'est pour l'âme qu'un instrument, qui a besoin d'être sain pour être exact. En sa qualité d'être simple, *l'âme ne peut périr;* dépouillée de son enveloppe mortelle, elle conserve ses représentations qui, n'étant plus troublées par la production de nouvelles, forment un tout harmonieux et donnent à l'âme un tranquille bien-être.

Pour Herbart, le *bien* n'est qu'une forme du *beau;* notre volonté est faite pour vouloir le bien. Dans l'état primitif les troubles profonds produits par des représentations violentes, guident seuls la vie ; puis apparaît la prudence pratique, à laquelle succède, sous l'influence de l'évolution, la moralité. On voit quelles ressources on peut tirer de ces théories au point de vue de l'éducation.

Avec le système des monades, n'ayant ni commencement, ni fin, avec le déterminisme psychologique, l'idée d'un dieu créateur et rémunérateur devient inutile et cependant Herbart accorde une grande place à l'enseignement religieux : c'est sur ce point seul que son système est défectueux. Il faut y voir une concession faite aux idées de l'époque. Il reconnaît toutefois qu'il s'agit là non plus de science, mais de croyance.

Si Herbart n'admet pas les théories transformistes qui de son temps, commençaient avec Lamarck à se répandre dans le monde scientifique, s'il nie le progrès dans la nature, il l'affirme dans l'humanité, et c'est l'éducation qui en presse la marche, en mettant en jeu et en dirigeant le mécanisme psychique. Comme ce mécanisme peut être faussé par des circonstances individuelles (tempérament, état de l'organisme, maladies aiguës), il est indispensable d'accorder dans l'éducation une large place à l'hygiène et à l'éducation physique.

L'*éducation,* comme la médecine, est un art qui s'appuie sur une

science, la *pédagogie*. Cette science s'édifie sur deux bases : la morale qui fournit la conception du but à atteindre ; la psychologie qui enseigne les moyens et signale les obstacles.

Herbart ne voit dans l'éducation que l'individu. La moralité de l'être est la fin suprême de l'éducation ; mais pour ne pas aboutir à l'égoïsme universel, il faut tenir compte des autres êtres au milieu desquels l'individu aura à évoluer, d'où nécessité de donner le goût de toute chose et non de pousser à une exclusive spécialité.

Il faut d'abord maintenir l'enfant et lui imposer le bien jusqu'au moment où il le connaîtra. Peu à peu ce *gouvernement de l'enfant* cédera la place à la *culture morale*, laquelle s'arrêtera à son tour, tandis que continuera l'*enseignement*. Dans la première phase de l'éducation, nous avons à contenir et à diriger l'activité de l'enfant; l'occupation continuelle sera de rigueur, et la surveillance produira de meilleurs effets si elle ne se manifeste que par intervalle, à l'improviste, sans témoigner d'une défiance inutile. L'autorité et l'amour sont les deux forces du gouvernement de l'enfant. Herbart faisant encore une concession aux préjugés de son temps, va jusqu'à admettre les punitions corporelles, usitées du reste encore en Allemagne et en Angleterre.

Si le gouvernement de l'enfant rend l'éducation possible, l'enseignement ou *la didactique*, en constitue la partie essentielle. Il faut un enseignement qui excite et accroisse l'activité psychique ; il faut que l'intérêt naisse de la chose enseignée et non de la méthode employée. A cette condition il sera durable et provoquera *l'attention spontanée*. *L'attention volontaire* suscitée par la crainte d'un châtiment ou l'attrait d'un récompense, doit être le moins possible utilisée, de même que la mémoire pure, dont les exercices ne sont qu'une nécessité fâcheuse. Pour ne pas faire de l'élève un égoïste, un sectaire, ou un botaniste n'entendant rien aux choses en dehors de sa spécialité, il est urgent de susciter *l'intérêt multiple :* l'intérêt empirique venant de l'expérience personnelle ; l'intérêt sympathique, qui naîtra du commerce avec ses semblables ; l'intérêt spéculatif, produit de l'attention subjective ; l'intérêt esthétique, qui fait naître l'amour du beau ; et enfin l'intérêt religieux qui sera le couronnement du tout.

L'enseignement sera d'abord *intuitif* (leçons de choses, images, descriptions) ; pour devenir *analytique*, afin de produire l'abstraction, et enfin *synthétique*. L'enfant doit suivre dans son évolution la même marche qu'a suivie l'humanité dans l'histoire. Il faudra lui parler des anciens avant de s'occuper des modernes, lui faire lire Homère avant Platon, l'initier aux beautés simples de l'architecture grecque, avant de lui présenter les beautés complexes de l'art gothique et du romantisme.

L'éducation de la *volonté* fait naturellement suite à l'éducation des idées. Vouloir, c'est désirer le possible ; il implique l'assurance ;

l'éducation physique aura servi de préliminaires à l'éducation de la volonté. Comme dans la volonté, il y a deux éléments un subjectif, qui doit être déterminant et un objectif; pour qu'il n'y ait pas entre eux une lutte trop vive, il faut soigner les passions, le cœur autant que la raison.

La culture morale entretiendra la bonne volonté. Elle usera du blâme et de l'approbation, et nécessitera par suite la perfection, la sympathie, l'amour même de l'éducateur.

Herbart attribue un rôle considérable à l'organisme et au tempérament; c'est là une nouveauté pour l'époque, qui est bien près d'être méconnue encore de nos jours.

Le philosophe allemand avait une prédilection pour l'éducation particulière, estimant que la famille seule, et non l'État, peut faire œuvre d'éducation. Cependant il reconnaît utile l'école collective, à cause de la spécialisation qu'y peuvent présenter les professeurs. Son rêve serait de voir la famille s'occuper de la culture morale, les écoles publiques faire l'enseignement synthétique, et des répétiteurs, ayant accès dans la famille, se charger de l'enseignement analytique.

M. Mauxion nous fait remarquer qu'un grand nombre des idées que la pédagogie moderne a la prétention d'avoir inventées, se trouvent dans le système de Herbart. Ce dernier lui-même n'a pas tout tiré de lui; on reconnaît çà et là l'influence de Pestalozzi. Ce qui restera le grand honneur de Herbart, c'est d'avoir conçu la pédagogie sous une forme systématique et de l'avoir présentée comme une science; ce sera aussi d'avoir donné à la psychologie une base scientifique, sans recourir aux théories paresseuses des idées innées; ce sera encore d'avoir substitué à l'impératif catégorique de Kant, ainsi qu'à la morale intéressée des religions, la douce attraction de l'idéal moral qui n'implique nullement la liberté et demeure compatible avec le déterminisme; ce sera enfin d'avoir précisé le rôle de l'enseignement dans la constitution de cet idéal moral.

Il était difficile de condenser dans un volume le système philosophique que Herbart avait développé dans de nombreuses publications; M. Mauxion y a réussi et avec une clarté telle qu'on oublie en le lisant qu'il s'agit d'un philosophe d'origine germanique. Encore un livre que nous ne saurions trop recommander à tous ceux qui « ont à cœur la grande œuvre de l'éducation, et qui s'intéressent à cette jeunesse, au sein de laquelle se réfugient toutes nos espérances effrayées. » J. Boyer.

III. *Rapports de l'aliénation mentale et de la tuberculose;* par le Dr L. la Bonnardière. (Thèse de Lyon.)

La tuberculose peut créer l'aliénation mentale. — A cette propo-

sition on peut faite deux objections qui naissent chaque fois que se pose la question des rapports entre l'aliénation mentale et une maladie infectieuse. Voici la réfutation de ces objections :

1° Objection tirée de la prédisposition du sujet : en admettant que la folie puisse se développer sous l'influence d'une maladie infectieuse, cela n'arrivera qu'autant que le sujet sera *prédisposé*.

Il y a ici un *locus minoris resistentiæ*, mais pourquoi ne pas admettre que la prédisposition peut résulter simplement de l'action successive et progressive de l'agent infectieux sur le système nerveux ? C'est ce qui se passe pour les folies toxiques (alcoolisme, saturnisme), pourquoi n'en serait-il pas ainsi pour les toxines ?

Tous les tuberculeux ne deviennent pas aliénés. Cette proposition ne contredit pas la conclusion : car si, dans beaucoup de cas, on peut constater chez le tuberculeux aliéné des atteintes antérieures, héréditaires, congénitales ou acquises, faisant de son cerveau le point faible, il ne s'ensuit pas nécessairement qu'il en sera toujours ainsi ; il ne paraît pas trop audacieux de concevoir des cas où l'agent infectieux fera d'abord son emprise cérébral. Rien ne peut établir que le cerveau doive toujours être touché en dernier lieu après le reste du corps.

D'ailleurs l'idée de prédisposition entraîne après elle une conséquence fâcheuse. Elle conduit à penser aux fatalités mystérieuses qui pèsent sur les individus, et dès lors, à se condamner souvent trop tôt à l'inaction, alors qu'il serait peut-être utile et certainement courageux de poursuivre la maladie, quelle que soit sa gravité et le lieu où elle se manifeste.

2° Objection tirée de la coïncidence accidentelle des deux objections. On dit : la maladie infectieuse n'est qu'un épisode, un accident de l'aliénation mentale. Elle n'a rien créé, elle s'est surajoutée simplement.

M. La Bonnardière répond : A l'aide des recherches historiques nous répondrons d'abord que depuis plus d'un siècle des aliénistes éminents ont pressenti la question. A la lumière de leurs travaux Ball la résolvait dans le sens affirmatif (1880 à 1883).

Depuis cette époque, les auteurs ont, il est vrai, été plus timorés, moins fermes dans leurs affirmations. On a observé, on a fait des statistiques ; mais quand on a dû formuler des conclusions nettes, on s'est borné à reproduire la leçon de Ball. Cependant le professeur Grasset, en 1884, signale les rapports de l'hystérie avec la diathèse tuberculeuse, Marfan constate que la phtisie rallume une hystérie éteinte, Crocq signale deux cas de folie hystérique alliée à la tuberculose et on voit s'affirmer de jour en jour cette doctrine qu'un état infectieux peut engendrer de toutes pièces des troubles mentaux et non seulement des délires aigus, mais de véritables psychoses ; les liens entre la pathologie mentale et la pathologie générale se serrent de plus en plus étroitement. Avec les observations

jointes à ce travail, l'auteur se défend contre l'objection de simple coïncidence.

La tuberculose crée des *formes spéciales et favorites de maladies mentales.* — Cette proposition est appuyée sur un nombre trop restreint de faits. — C'est un délire de persécution à allures particulièrement dépressives (manie de suspicion) ; c'est une folie de type hystérique avec tendance à la stupeur ; c'est parfois une manie par accès. La première de ces formes se produirait de préférence quand l'apparition des troubles psychiques est tardive ; la deuxième quand le délire précède les manifestations diathésiques. DEVAY.

IV. *Etiologie de l'épilepsie dite essentielle. Rôle de l'hérédité en général et de l'hérédité tuberculeuse en particulier ;* par le Dr H. LHOTE, ancien externe des hôpitaux de Lyon. Th. Lyon, 1900.

Ce travail est basé sur 160 observations du service des épileptiques du Perron dirigé par M. le professeur agrégé Pic. — Parmi les causes prédisposantes l'*hérédité tuberculeuse* occupe le premier rang avec une proportion de 55,62 p. 100. Les parents tuberculeux dans certains cas transmettent non seulement le terrain, mais la graine à leurs descendants. Les enfants subissant l'imprégnation bacillaire ont leur système nerveux central impressionné par la toxine tuberculeuse. Cette toxine entraîne-t-elle des troubles vaso-moteurs, des troubles dynamiques simplement ou crée-t-elle des lésions. Ce point est encore hypothétique et il n'appartient pas au clinicien de le découvrir. Mais de quelque manière qu'elle agisse, elle prédispose le terrain et le rend apte à réagir par des décharges lorsque les causes quelconques, infectieuses le plus souvent, toxiques, réflexes quelquefois, viendront rompre l'harmonie de ce système nerveux eminemment vulnérable.

Après la tuberculose, comme causes prédisposantes viennent l'hérédité névropathiques avec 54,36 p. 100 et l'hérédité alcoolique avec une proportion de 46,25 p. 100. DEVAY.

VARIA.

CONGRÈS INTERNATIONAL POUR L'AMÉLIORATION DU SORT DES AVEUGLES (Paris, 1900).

Le *Congrès international pour l'amélioration du sort des aveugles* tenu à Paris du 1er au 5 août 1900, présentait ceci de particulier, qu'il comptait parmi ses membres, des clairvoyants et des aveugles;

aussi la tâche du président a-t-elle été particulièrement délicate; ils s'agissait en effet de diriger la discussion de facon à ne froisser aucune susceptibilité, et personne n'ignore combien est grande celle des aveugles, bien qu'elle n'égale pas la susceptibilité méfiante que présentent les personnes atteintes de surdité. M. Dussouchet[1], président du Congrès, a parfaitement su conduire les débats, et, grâce à la concision avec laquelle il résumait impartialement en quelques mots les rapports souvent opposés sur les questions soumises à la discussion, le congrès a abouti à des vœux émis à l'unanimité : sur le meilleur patronage des aveugles sortis ou non des écoles spéciales, sur les avantages qu'il y aurait à confier dans beaucoup de cas aux professeurs aveugles l'éducation des enfants aveugles, sur les soins particuliers à donner à l'éducation physique de l'aveugle et enfin sur la création d'écoles maternelles annexées aux écoles spéciales d'aveugles. — Parmi les vœux émanant des congressistes, nous en relevons un ayant trait à la création d'asiles-écoles spéciaux pour les aveugles arriérés. A notre avis, il vaudrait mieux, vu le nombre restreint des intéressés, les envoyer dans les asiles-écoles qu'on devrait organiser dans tous les départements pour les enfants idiots et arriérés et là installer une classe spéciale d'idiots aveugles, comme l'a essayé M. Bourneville à Bicêtre. Ce serait moins coûteux et d'une utilité plus générale. J. Boyer.

Congrès des neurologistes et des aliénistes des pays de langue française.

Nous rappelons à notre lecteurs que ce Congrès aura lieu au commencement du mois d'août à Limoges sous la présidence de M. Gilbert Baller. (Voir le *numéro d'avril*, page 361.) Nous prions ceux d'entre eux qui ont l'intention d'y faire des communications de bien vouloir nous en envoyer le résumé avant le 10 août.

Programme.

Jeudi 1er août. — 10 heures. Séance solennelle d'ouverture du Congrès à l'hôtel de ville. — 2 heures. Séance à l'hôtel de ville, installation du bureau ; Nomination des Présidents d'honneur : Discussion de la première question du programme : le *Délire aigu*, rapport de M. Carrier. — Jeudi soir, punch offert aux Membres du Congrès par le corps médical de Limoges.

Vendredi 2 août. — Excursion à Saint-Priest-Taurion ; départ pour Saint-Priest-Taurion, en chemin de fer ou en voiture au choix des congressistes. A 9 h. 1/2, séance à l'école communale ;

[1] M. Dussouchet, professeur au Lycée Henri IV, est un pédagogue des plus distingués; il est l'auteur d'une *Grammaire*, qui est d'un usage courant dans la plupart des établissements d'enseignement secondaire.

communications; déjeuner individuel. A 2 heures, séance à l'école; communications. Retour à Limoges en voiture pour le dîner.

Samedi 3 *août*. — A 9 heures, séance à l'hôtel de ville; discussion de la deuxième question; rapport de M. Crocq (Tonus, réflexes tendineux et contractures). A 2 heures, continuation de la discussion; communications. Le soir, banquet du Congrès par souscription.

Dimanche 4 *août*. — Excursion à Saint-Goussaud (Creuse). Départ de Limoges en chemin de fer; déjeuner à Saint-Gaussaud; retour à Limoges en voiture par les vallées du Taurion et de la Vienne.

Lundi 5 *août*. — A 9 heures, séance à l'hôtel de ville; discussion de la troisième question; rapport de M. Taguet. A 2 heures, séance à l'Ecole de médecine; communications avec projections.

Mardi 6 *août*. — Matinée, visite de l'asile de Naugeat; déjeuner au Cluzeau, propriété de l'asile. A 4 heures, visite d'une fabrique de porcelaine.

Mercredi 7 *août*. — Excursion à Uzerche (Corrèze).

I. Les membres du Congrès sont priés de faire connaître immédiatement s'ils sont dans l'intention de prendre part au punch du corps médical de Limoges, à l'excursion de Saint-Priest-Taurion, au banquet du Congrès, à l'excursion de Saint-Goussaud, à la réception de l'asile et à l'excursion d'Uzerche. — II. Messieurs les adhérents au Congrès qui désireront profiter de la réduction de demi-place que consentent habituellement les Compagnies de chemins de fer, sont invités à joindre à leur adhésion, ou à adresser directement avant le 8 juillet, à M. Gilbert Ballet, président du Congrès (39, rue du Général-Foy, à Paris), l'indication : 1° De leur gare de départ, et, si le voyage exige un trajet sur plusieurs réseaux, de la gare de départ sur chaque réseau; 2° De la classe en laquelle ils désirent effectuer le voyage; 3° Des membres de leur famille qui les accompagnent, pour le cas où les Compagnies consentiraient à étendre la réduction de demi-place aux membres de la famille. — III. Nous rappelons également la nécessité d'envoyer avant le 10 juillet les titres de communications ou lectures que les congressistes se proposent de faire. — IV. Les rapports vont être distribués prochainement en fascicules séparés. — V. Nous prions MM. les Congressistes qui ne nous ont pas encore envoyé les cotisations de vouloir bien le faire, le recouvrement par la poste nous obligeant à faire une majoration d'un franc pour frais. — Adresser les réponses à M. le Dr Doursout, médecin directeur de l'Asile de Naugeat, près Limoges.

Les aliénés en liberté.

Les drames de la folie. — Une demoiselle Angèle Chemin, âgée de trente-trois ans, demeurant 14, avenue Hoche, a jeté, hier à

midi, du cinquième étage, sur le trottoir, sa fillette qu'elle était allée voir chez une dame Pichon, 2, rue Durban,, où l'enfant était en nourrice. La pauvre petite est morte sur le coup.

Angèle Chemin paraît atteinte d'aliénation mentale. Elle a tenté, hier, de se suicider en se tirant un coup de revolver et, il y a huit jours environ, se trouvant en visite à Neuilly, elle voulut se jeter dans la rue. M. Bacot, commissaire de poliee, a fait conduire à l'infirmerie du Dépôt cette pauvre folle. (*Le Soleil*, du 24 mars 1901.)

Ainsi huit jours avant que cette malheureuse ne tuât sa fille, elle avait essayé de se suicider; c'est alors que le commissaire de police aurait dû intervenir et provoquer l'internement.

Le fou de Notre-Dame. — Un individu très élégamment vêtu entrait, avant-hier soir, à cinq heures, dans l'église Notre-Dame. Après s'être promené paisiblement pendant quelques minutes, il monta soudain sur une chaise et entonna d'une voix de stentor, le *Credo*. Le suisse, après avoir parlementé quelques instants, parvint à le faire sortir.

Hier matin, à six heures, le même individu, affublé cette fois d'un bonnet de coton et armé d'un énorme gourdin, pénétra de nouveau dans la cathédrale et se dirigea vers un autel où un prêtre officiait. Puis avant qu'on pût l'en empêcher, il gravit les marches de l'autel et, se tournant vers les fidèles, il s'écria : Je suis l'archevêque de Paris ! Brebis prosternez-vous. Je vais vous donner ma bénédiction.

Comme le prêtre, le suisse et quelques autres personnes voulaient le faire descendre, le pseudo-archevêque entra dans une violente fureur. Il se mit à courir dans l'église en brisant avec son bâton tout ce qu'il rencontra. Des gardiens de la paix, qu'on était allé chercher, ne parvinrent qu'avec les plus grandes difficultés à le maîtriser. Ils durent le ligoter solidement pour le conduire devant M. Briy, commissaire de police.

Il a refusé de faire connaître son identité. « Je suis l'archevêque de Paris ! Que cela vous suffise, a-t-il répondu à toutes les questions qui lui ont été posées ». Le magistrat l'a envoyé à l'infirmerie spéciale du Dépôt (*Le Matin*, 9 février 1901.)

— Un journalier de Navarre, nommé Riou, ne jouissant pas de toutes ses facultés mentales, avait pris la détermination de se tuer. Il se rendit dans la forêt où il se larda de coups de couteau. Trouvé tout saignant par des passants, il fut conduit à l'hôpital où le docteur Veslin lui prodigua tous ses soins. Mais, le lendemain, toujours sous le coup de sa surexcitation et n'ayant reçu en somme que de légères blessures, il profita d'un instant où tout le person-

nel de service était employé au conseil de réforme pour sortir dans la cour : la grille étant ouverte il rentra tranquillement chez lui. (*Rappel de l'Eure*, 9 février 1901).

Cet homme « ne jouissant pas de toutes ses facultés mentales », habitait Navarre où se trouve l'asile d'aliénés de l'Eure. C'est là où on aurait dû le conduire. Au lieu de le faire on le mène à l'hospice d'Evreux d'où il s'échappe, tant la surveillance est rigoureuse. Pourquoi n'a-t-il pas été interné à l'asile d'aliénés, lui aliéné, c'est parce que l'asile du département de l'Eure préfère hospitaliser les *aliénés de la Seine* qui paient, au lieu des aliénés du département pour lesquels il faut payer. Il est donc du devoir du département de la Seine d'hospitaliser chez lui, dans ses asiles, ses malades et de ne pas se prêter à une exploitation qui se fait au détriment des malades des départements.

— Sévérin Gauthier, demeurant à la Chapelle-en-Vercors (Drôme), était marié avec une veuve, la dame Bouillanne. Dans un accès d'aliénation mentale, il s'est précipité sur l'enfant de sa femme, le petit Pierre Bouillanne, âgé de treize ans, et l'a frappé de plusieurs coups de couteau à la tête. L'enfant n'a pas tardé à succomber. Gauthier s'est suicidé ensuite. (*Le Bonhomme Normand* du 27 février.)

Tentative de suicide. — On a trouvé, baignant dans son sang, la femme Vastine, née Henriette Touet, quarante-sept ans, ménagère à Saint-Pierre-sur-Dives. L'infortunée, *atteinte de la manie de la persécution* s'était tailladé la gorge et les deux poignets avec un couteau. Son état est désespéré. (*Le Bonhomme Normand*, du 28 février au 6 mars 1901.)

Les réflexions que nous avons faites au sujet du département de l'Eure s'appliquent au département du Calvados. Ce département, riche, n'a pas d'asile à lui. Il a recours à l'asile privé du Bon-Sauveur, qui reçoit aussi des aliénés de la Seine.

Folie patriotique. — Le commissaire de police du quartier du Palais-Royal a constaté, hier, le suicide d'un jeune homme qui poussait le patriotisme jusqu'à la folie : le malheureux s'était coupé la gorge avec un rasoir. Sur sa table, on a trouvé une lettre dans laquelle il déclare « qu'il ne saurait survivre au désespoir de voir la flotte française se rendre à Kiel ». Sur une autre feuille il a écrit son testament. Parmi les legs de bibelots qu'il fait à tous ceux qu'il connaissait, on lit celui-ci : « Je lègue ma mère à mes amis. » (*Le Journal*, 15 mars 1895.)

— A Grenoble, une fille-mère, Pauline Gauthier, trente-sept ans, ouvrière gantière, a étranglé dans un *accès de folie* sa fille Berthe, dix ans; elle a ensuite essayé de s'étrangler. Elle a été arrêtée et conduite au parquet escortée par la foule, qui voulait la lyncher. (*Indicateur de Cognac*, 17 mars 1901.)

D'où la nécessité de procéder d'urgence à l'hospitalisation des aliénés. B.

FAITS DIVERS.

Asiles d'aliénés. — *Nomination et promotions* : M. le Dr Charon, directeur-médecin à Saint-Alban (Lozère), nommé à l'asile de Sainte-Catherine à Moulins (Allier); — M. le Dr Nolé, directeur-médecin à Sainte-Catherine, nommé directeur-médecin à Saint-Alban; M. le Dr Boiteux, médecin en chef à l'asile de Clermont, promu à la première classe du cadre.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Demoor (J.). — *La chorée mentale et son traitement.* — Brochure in-8° de 7 pages. — Bruxelles, 1900. Bulletin de la Société royale des sciences médicales et naturelles de Bruxelles.

Duehren (E.). — *Le marquis de Sade et son temps.* Avec une préface : *L'idée de sadisme et l'érotologie scientifique*, par O. Uzanne. — In-8° de xxviii-501 pages. Broché en parchemin, prix : 10 francs. Relié en toile, prix : 12 francs. — *Le même*, édition de luxe, grand in-4°. Prix : 25 francs. — Paris, 1901. Librairie A. Michalon.

Friedlander (A.). — *Ueber den Einfluss des Typhus abdominalis auf das Nervensystem. Klinische Mitteilungen und Kritische Besprachung der einschlägigen Litteratur von* 1813 *bis Anfang des Jahres* 1900. In-8° de 222 pages. Prix : 8 francs. — Berlin, 1901. Verlag von S. Karger.

Hoffmann (A.). — *Pathologie und therapie der Hunneurosen und der functionelten kreislanfstörungen.* In-8° de ix-367 pages. Prix : 9 francs. — Wiesbaden, 1901. Verlag von J.-F. Bergmann.

Hugo Lukacs. — *Diplegia facialis hysterica.* In-8° de 6 pages. Budapest, 1901, chez l'auteur.

LIPPS (Th.). — *Das selb et bewusstsein; empofindung und gefüh.*. In-8° de 42 pages. Prix : 1 fr. 25. — Wiesbaden, 1901. Verlag von J.-F. Bergmann.

RAÏCHLINE (de Paris). — *Le priapisme chronique nocturne* (Etude clinique). In-8° de 31 pages. — Paris, chez l'auteur.

SACKI (S.) und SCHMANS (H.). — *Vorlesungen über die Pathologische anatomie des Rückenmarks.* In-8° de XXI-589 pages, avec 187 figures. Prix : 20 francs. — Wiesbaden, 1901. Verlag von J.-F. Bergmann.

SPERINO (G.). — *L'encefalo dell'anatomico Carlo Giacomini.* In-8° de 72 pages, avec 4 planches hors texte. — Torino, 1900, *Unione tipografico-editrice.*

WATSON (Ch.). — *On disease of the nervous system in horses.* In-8° de 16 pages, avec 7 planches hors texte. — *Veterinary Journal.*

Nous appelons vivement l'attention de nos lecteurs sur l'annonce des livres qui accompagne le **Sommaire.**

AVIS A NOS ABONNÉS. — *L'échéance du* 1er *JUILLET étant l'une des plus importantes de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs dont l'abonnement cesse à cette date, de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur renouvellement. Ils pourront nous adresser ce montant par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité, qui leur remettra un reçu de la somme versée. Nous prenons à notre charge les frais de* 3 *p.* 100 *prélevés par la poste, et nos abonnés n'ont rien à payer en sus du prix de leur renouvellement.*

Nous leur rappelons que, à moins d'avis contraire, la quittance de réabonnement leur **sera présentée, augmentée des frais de recouvrement,** *à partir du* **15 Juillet.** *Nous les engageons donc à nous envoyer DE SUITE leur renouvellement par un mandat-poste.*

Afin d'éviter toute erreur, nous prions également nos abonnés de joindre à leur lettre de réabonnement et à toutes leurs réclamations la BANDE de leur journal.

— *Nous rappelons à nos lecteurs que l'abonnement collectif des* **Archives de Neurologie** *et du* **Progrès Médical** *est réduit à* **30 francs** *pour la France et l'Etranger.*

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

Évreux, Ch. HÉRISSEY, imp. — 6-1901.

Vol. XII. Août 1901. N° 68.

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

CHIRURGIE DES ALIÉNÉES.

Considérations statistiques sur le service « d'observations gynécologiques » de l'asile public de Ville-Evrard en 1899 ;

PAR

LUCIEN PICQUÉ, Chirurgien en chef des asiles publics d'aliénés du département de la Seine.

ET

FEBVRÉ, Médecin en chef de l'asile public d'aliénés de Ville-Evrard.

Nous avons examiné en 1899 à l'asile de Ville-Evrard 66 femmes. Pour des raisons diverses (absence d'autorisation d'examen sous chloroforme, indocilité des malades, hymen infranchissable, obésité), cet examen est resté incomplet chez 12 de ces malades. Néanmoins ces cas sont comptés dans la statistique, parce que dans 11 cas sur 12, on a trouvé des lésions évidentes même sans examen complet.

Parmi ces 66 femmes examinées, nous en avons trouvé 4 qui, avant leur entrée à l'asile, avaient subi une opération gycécologique, trois de ces malades ne présentaient aucune lésion nouvelle au moment de l'examen : la quatrième avait de la vaginite. Si l'on met à part ces 4 malades, on trouve que sur les 61 autres qui ont été examinées 59 présentaient des lésions gynécologiques, 2 n'en présentaient pas.

Parmi les 59 malades ayant des lésions génitales 11 n'ont pu être examinées complètement. En général les annexes n'ont pas été explorées sous chloroforme. Dans ce nombre nous faisons entrer 3 malades qui présentaient des troubles

génitaux manifestes mais dont l'origine n'a pu être précisée; 2 avaient des métrorrhagies sérieuses, une troisième présentait une tumeur abdominale dont le diagnostic pour les raisons déjà indiquées n'a pu être établi. Des 2 malades n'ayant pas de lésions apparentes l'une n'a pu être examinée au pointde vue des annexes (la famille n'ayant pas donné l'autorisation).

Les lésions constatées ont été les suivantes. Nous ferons remarquer que beaucoup de ces malades ont présenté des lésions multiples pouvant rentrer dans plusieurs catégories suivantes. Pour plus de simplicité, nous les avons indiquées une seule fois dans le chapitre de la lésion principale.

Lésions inflammatoires.		*Tumeurs.*	
Vulvite.	9 cas.	Polype de l'urèthre.	1 cas.
Vaginite	13 —	Cancer du col probable.	1 —
Métrite du corps. .	4 —	Fibrome utérin . .	1 —
Métrite du col. . .	24 —	Ovaire scléro-kystique	1 —
Annexites.	7 —	Kyste de l'ovaire .	1 —
Déplacement . . .	21 —	*Résumé.*	
Prolapsus.	2 —	Examinées	66. —
Antéflexion	11 —	Ayant lésions nouvelles.	61 —
Antéversion. . . .	1 —	Ayant, avant l'entrée à l'asile, subi une opération, 4, dont une ayant lésion nouvelle, reste. .	3 —
Rétroflexion. . . .	2 —	N'ayant pas de lésion	2 —
Rétroversion . . .	1 —	Total. . . .	66 cas.
Latéroversion . . .	1 —		
Prolapsus vaginal .	1 —		
Cystocèle	2 —		
Lésion spéciale du col.			
Atrésie du col. . .	2 —		
Déchirure du col .	1 —		
Périnée.			
Déchirure du périnée.	4 —		

5 de ces malades ont été opérés avec succès : fibrome utérin, annexite suppurée, kyste ovarique.

2 métrites du col : 1 amputation du col et curettage ; 1 curettage.

Cette statistique est intéressante à étudier à divers points de vue. Conformément à la tradition que nous avons introduite dans les asiles, nous n'avons pratiqué d'examen gynécologique que chez les malades dont les familles étaient consentantes. Or, dans un service qui ne comprend pas moins de 400 à 450 malades nous n'avons examiné que 66 malades!

Or, ce chiffre de malades examinées nous a donné une proportion de 96,72 p. 100 d'affections gynécologiques, deux sujets sur ce nombre étant indemnes. Dans notre mémoire de 1898 à la *Société de chirurgie*, notre pourcentage avait été de 89 p. 100 et nous remarquions les chiffres de 60 p. 100 donnés par Rohé (de Baltimore), de 80 p. 100 de Isabel Daveupert, de 93 p. 100 de Hobbs.

Depuis longtemps déjà les aliénistes français Azam, Loiseau Mairet avaient insisté sur les relations étiologiques entre les affections pelviennes de la femme et la folie, opinion qui se trouve corroborée par nos chiffres, ceux des chirurgiens américains et aussi par les résultats opératoires obtenus. Nous avons déjà insisté d'ailleurs sur les raisons qui nous ont engagé à recourir à la demande des familles et aussi sur les motifs qui poussent l'entourage des malades à ne pas répondre ou à répondre négativement dans un trop grand nombre de cas. Il est réellement pénible de songer qu'aujourd'hui où l'on connaît bien en France l'influence des lésions physiques sur la production de certains délires et où l'on en arrive à établir sur des bases solides la doctrine infectieuse de la folie on est astreint de rester dans l'ignorance des lésions physiques de nature infectieuse parfois, chez des malades dont nous sommes responsables au point de vue scientifique et médical et qui seraient certainement les premiers à réclamer nos soins s'ils avaient leur *compos sui*.

Il est vraiment triste qu'on en soit réduit à une impuissance si funeste aux malades pour respecter un droit qui n'est ni légal ni humain et auquel on n'a pas encore osé toucher. Il y a là une situation bien digne d'attirer l'attention des pouvoirs publics qui seuls peuvent réglementer cette délicate question des droits et des devoirs des médecins dans le traitement des malades atteints d'affections mentales et confiés à la société.

N'est-il pas affligeant de penser que la société qui a pris l'initiative d'interner un malade et exerce un droit de protection légale, sur ses biens est actuellement dépourvue de tout moyen d'action sur le maintien de la santé. Nous nous trouvons en effet actuellement dans l'impossibilité de reconnaître le plus souvent les maladies dont peuvent être atteintes les aliénées au point de vue gynécologique, et partant d'éta-

blir même dans un certain nombre de cas une des causes de certains délires.

Mais si le défaut de réglementation présente des inconvénients au point de vue du seul examen, sous le rapport thérapeutique, ces inconvénients deviennent encore plus sérieux.

Si l'on se reporte à notre statistique, on voit que sur 59 malades nécessitant un traitement chirurgical, cinq seulement ont pu être opérées. Certes certaines malades n'ont pu bénéficier de l'intervention à cause de l'absence d'installation chirurgicale spéciale. Mis dans l'obligation d'opérer à Ville-Evrard dans une infirmerie médicale, nous sommes astreint souvent pendant de longs mois à nous abstenir d'une façon absolue quand des fièvres typhoïdes ou des érysipèles y sont en traitement.

L'ouverture du pavillon de chirurgie va obvier à ce grave desiderata. Mais il n'en est pas moins vrai que dans presque tous les cas, ce sont les familles qui refusent l'opération. C'est ainsi que sur 28 cas de métrite 2 seulement ont pu être traités.

Sur 7 annexites, une seule opération a pu être pratiquée. Aucun déplacement utérin (21 cas) n'a pu être traité. Aucune des cas de lésions du col et de déchirure du périnée n'a été l'objet d'un traitement chirurgical. Il en est de même de toute la chirurgie générale. C'est ainsi que l'an dernier l'un de nous dans son rapport au Préfet, signalait que sur 9 cancers du sein, un seul avait été opéré. C'est là une situation grave et qu'on ne saurait trop tôt envisager.

Certes quand il s'agit d'opérations urgentes nous ne relevons que de notre conscience. Sauver une malade, dont l'existence est menacée à brève échéance, est un devoir qui ne peut être soumis à aucune réglementation. Mais où est la limite de l'urgence? L'un de nous a dit ailleurs que l'urgence était généralement comprise dans une formule trop restreinte et malheureusement on a trop de tendance à confondre une opération non immédiatement urgente avec une opération de complaisance. A notre sens, toute opération chirurgicale présente quand elle est justifiée par une lésion véritable un caractère d'urgence. C'est ainsi que les inflammations de la vésicule biliaire peuvent aboutir tôt ou tard à une angiocholite ascendante mortelle. Les inflammations de l'utérus non

soignées à temps conduisent au pyosalpinx et à ses complications mortelles. Les rétrécissements de l'urèthre peuvent engendrer les lésions les plus graves de l'appareil urinaire. Les néoplasmes quelque soit leur siège deviennent bientôt inopérables par leur extension et ne tardent pas par les progrès de la généralisation à entraîner la mort.

Mais en dehors de cette chirurgie qui pour n'être pas d'une extrême urgence ne demande pas moins à être pratiquée dans le délai le plus bref et vient montrer combien en somme les limites de la chirurgie d'urgence doivent être étendues de nos jours.

Nous devons envisager une chirurgie que nous appellerons velontiers facultative et qui trouve des indications spéciales dans les asiles d'aliénés. Pour n'en citer qu'un exemple nous rappellerons que dans l'ordre orthopédique les attitudes vicieuses donnent lieu à des troubles variés souvent irréparables et apportent une gêne fonctionnelle toujours fâcheuse mais qui chez l'aliéné présente en plus l'inconvénient de le condamner à une immobilité qui peut aggraver son état mental. L'un de nous se propose prochainement d'envisager sous ce rapport toutes les catégories d'affections chirurgicales dans leurs indications spéciales chez les aliénés et de montrer en définitive combien chez ces malades, reste étendu le domaine de la chirurgie.

Une chirurgie doit à notre sens être exclue rigoureusement des asiles, c'est celle qui n'a pas encore reçu la sanction de l'expérience. Telle intervention basée sur une conception théorique mais rationnelle peut amener un résultat favorable mais n'a pas encore été tentée. On ne peut dès lors la pratiquer que chez des malades sains d'esprit, qui attristés de leur état, sollicitent une opération nouvelle dont ils savent d'avance le résultat aléatoire. Nous faisons allusion surtout aux opérations proposées dans ces derniers temps contre l'épilepsie et certains malades de l'encéphale. Or nous estimons qu'on n'a pas le droit de pratiquer chez un aliéné aucune opération de ce genre. Quoique ainsi limité le champ de la chirurgie chez les aliénés est immense et il est à désirer que des mesures soient prises, qui en facilitent la pratique pour le grand bien des malades.

CLINIQUE NERVEUSE.

Sur un cas d'amnésie continue, consécutif à une tentative de suicide par l'oxyde de carbone ;

Par MM. TRUELLE et PETIT.

Parmi les troubles mentaux qui peuvent survenir à la suite d'une intoxication aigüe par l'oxyde de carbone, l'amnésie est un de ceux dont les différents auteurs s'accordent à signaler la plus grande fréquence. Il nous a paru cependant intéressant de relever le cas suivant parce que l'amnésie, à la fois rétro et antérograde, débarrassée à peu près de tout autre phénomène mental y a persisté au delà des limites signalées jusqu'à présent.

Il s'agit d'un homme de cinquante-quatre ans, ébéniste, entré dans le service de M. le docteur Magnan, au bureau d'admission de l'Asile clinique (Sainte-Anne), le 3 avril 1900, pour des troubles intellectuels consistant surtout en affaiblissement de la mémoire. Cette amnésie remontait au 8 mars, date à laquelle notre malade fit une tentative de suicide par inhalation de vapeurs de charbon. Voici, rapidement résumée, son histoire antérieure :

R... est né à Bruxelles le 20 avril 1845. Marié dans cette ville, à l'âge de vingt-quatre ans, il y vécut jusqu'en octobre 1894, puis vint à Paris, laissant ses enfants aux soins de sa femme qu'il abandonnait pour avoir eu avec elle des difficultés que nous n'avons pu préciser. Ici, il fit la connaissance d'une femme avec qui il vécut, travaillant régulièrement à son métier d'ébéniste, sobre et de bonne conduite.

Le 6 janvier 1900, comme il n'y avait plus chez son patron suffisamment d'ouvrage pour l'employer, il resta sans travail. Il continua bien quelque temps de s'occuper pour des camarades, et ce qu'il faisait à cette époque ne laissait pas plus à désirer que par le passé, mais il lui fut impossible de trouver un emploi stable. Dès lors, R... changea complètement d'allures. Lui, jadis d'un caractère gai, s'assombrit rapidement. Il se désolait d'avoir perdu sa place, affirmait qu'il devenait vieux, que sa vue baissait

et que jamais plus il ne serait capable de travailler. Il lui arriva même de refuser d'entreprendre de l'ouvrage qu'il n'aurait pas la force de terminer, disait-il, et il concluait : *mieux vaudrait tout de suite mourir.*

Cette idée de suicide revenait presque journellement dans ses conversations avec sa maîtresse. Celle-ci d'ailleurs, en présence de la misère chaque jour grandissante, partageait cette opinion. Si bien que le 8 mars, se voyant sans argent — il leur restait 10 centimes — et sans travail, malgré le retour de la saison ouvrable, tout fut décidé. R... adressa une lettre à ses enfants de Bruxelles, leur expliquant sa détermination, et de concert avec sa maîtresse, il fit tous les préparatifs : ils calfeutrent soigneusement les ouvertures, allument un poêle dont les deux grilles sont chargées de charbon de bois, puis tous deux se couchent. Il était trois heures du matin.

Le lendemain 9 mars, à 7 heures du soir, le commissaire de police prévenu télégraphiquement de Bruxelles par les enfants de R..., pénètre dans la chambre et trouve notre malade étendu sur son lit, sans connaissance. La femme était à terre, éveillée, mais incapable de faire un mouvement. Tous deux furent transportés à l'hôpital Saint-Louis, où on les soumit au traitement habituel : café à haute dose, respiration artificielle, inhalation d'oxygène, etc. La femme, rapidement et complètement guérie put sortir le lendemain. Quant à R..., il ne reprit connaissance que le 10 seulement. Et aussitôt sa femme s'aperçut qu'il avait totalement oublié sa tentative de suicide, de même que le lendemain, il n'avait conservé aucun souvenir de sa visite reçue la veille. Il faut ajouter que R... était, en outre, un peu obtus et apathique. Les opérations intellectuelles se faisaient lentement. Le malade resta dans cette situation, à Saint-Louis, pendant vingt-un jours; puis l'état demeurant stationnaire, il sortit, mais pour être le jour même conduit par sa femme à l'infirmerie spéciale du dépôt d'où il arriva le 3 avril à l'Asile clinique dans le service de M. Magnan où nous pûmes l'examiner.

R... est un homme grand, bien musclé, un peu gras, sans vice de conformation autres que trois petits nœvi sur le bord libre du prépuce, son teint est mat, comme bronzé au visage, le front complètement dégarni de cheveux. Le système pileux très développé, notamment sur la poitrine.

Le pouls, à 80, est plein, un peu serré, le deuxième bruit retentissant à l'aorte. Les urines peu abondantes — 750 grammes par vingt-quatre heures — sont claires, leur réaction acide; elles ne contiennent ni sucre, ni albumine, ni pigment biliaire, ni urobiline, légère phosphaturie : 1 gramme 35 d'acide phosphorique par litre pour 19 grammes d'urée seulement.

En dehors de quelques symptômes d'artériosclérose énumérés

plus haut, on ne trouve aucune tare physique chez notre malade. Les pupilles sont égales, plutôt rétrécies, réagissant bien; les réflexes cutanés et le réflexe pharyngien sont conservés; les réflexes tendineux du genou et du poignet notablement diminués. La sensibilité générale dans tous ses modes, tactile, douloureuse et thermique est intacte; les sensations sont bien localisées; le malade, les yeux bandés, énonce avec seulement de rares erreurs, les chiffres tracés sur sa peau. Le sens musculaire est conservé. Les sensibilités spéciales sont également indemnes : en particulier l'acuité visuelle est normale; pas de rétrécissement du champ visuel, pas de dyschromatopsie. Bien que le malade n'accuse aucune faiblesse musculaire, il ne donne au dynamomètre que trente et un pour la main droite et trente pour la gauche; si on le prie de fixer son attention, de faire le maximum d'effort, il indique quarante-trois à droite et trente-deux à gauche.

Les traits sont réguliers, un peu affaissés, à peine mobiles; la physionomie exprime un mélange de tristesse et d'apathie, comme celle d'un mélancolique résigné. La parole est monotone, basse, peu éclatante. Les opérations intellectuelles sont ralenties, le malade ne répond qu'après un petit temps de réflexion; les associations d'idées, même simples, nécessitent un temps directement appréciable, sans qu'il soit besoin d'instrumentation ni d'expériences spéciales pour le déceler. L'émotivité apparait un peu émoussée. R... a une conscience imparfaite de sa maladie, il ne se rendra pas, les premiers jours du moins, un compte exact de son amnésie, et il ne s'en émeut pas. Plutôt apathique, il se laisse diriger et reste ordinairement passif. Ceci dit, cette légère dépression intellectuelle signalée, ce qui frappe avant tout, ce qui constitue de beaucoup la note dominante. c'est la perte de la mémoire.

Cette amnésie, en partie rétrograde, porte sur la tentative de suicide, et les circonstances qui l'ont immédiatement précédée, sans qn'il ait été possible d'établir une délimitation nette, une date à laquelle se soit produite une coupure brusque dans la chaîne des souvenirs. R... se souvient avoir cessé son travail le 6 janvier, il se rappelle, après quelques hésitations, la rue où il habitait, mais il ne peut tout d'abord indiquer le numéro. La mémoire visuelle de son appartement est mieux conservée : il sait le nombre des pièces, deux chambres et une cuisine; il revoit la place des meubles, la couleur du papier. Par contre, il se trompe sur le nom de son ancien patron, citant le dernier et l'avant-dernier sans pouvoir les placer dans leur ordre de succession réel. D'une façon générale, du reste, les dates et les noms sont ce qu'il a le plus oublié : ainsi il se croit en 1898, trois jours après il dira 92 ou 93 « je ne sais pas au juste », il ne peut préciser la durée de son séjour à son dernier domicile. Cette amnésie rétrograde, d'une intensité irrégulière, s'étend donc d'une manière confuse et pour

une période mal déterminée sur les évènemeuts antérieurs à la tentative de suicide. mais sans remonter très loin cependant. R... est capable, en effet, de préciser sa vie passée, les détails de son mariage, de son séjour à Bruxelles ; il sait qu'il est venu une première fois à Paris à l'âge de quinze ans, qu'il est retourné en Belgique pour se marier, puis qu'il a quitté sa femme pour s'installer définitivement à Paris, il y a six ans, et il donne de tout cela des dates fort justes; il nous renseigne très exactement et avec des détails suffisants sur ses parents, sur son mode d'existence à Paris. Il est vrai de dire que chez notre malade, à diverses reprises, on notera une certaine fluctuatiou dans les souvenirs, donnant un jour le numéro exact de sa rue, l'oubliant le lendemain, ne se rappelant pas aujourd'hui le nom d'un camarade qu'il saura retrouver demain.

Mais les évènements qui ont immédiatement précédé la détermination prise, la lettre écrite, les préparatifs d'asphyxie, tout cela est lettre morte pour lui. « Non, je n'ai jamais cherché à me tuer », dit-il, et il est sincère, « je sais seulement que j'avais des idées noires, ne pouvant plus trouver de travail et étant dans la misère. » En outre, et c'est là le caractère le plus curieux à notre avis, cette amnésie est *antérograde*, ou pour employer l'expression plus complète de M. Janet, elle est *continue*.

R... n'a conservé aucun souvenir de son séjour à Saint-Louis, ni de sa sortie de l'hôpital, ni de son passage à l'infirmerie du dépôt. Depuis le moment où le 10 mars il a repris connaissance au sortir de son long évanouissement, il semble ne rien avoir acquis, ou plus exactement, tout se passe comme s'il n'avait rien acquis, c'est-à-dire qu'il est incapable d'éveiller aucune des sensations reçues depuis lors. Et pendant tout le temps qu'il nous a été donné de suivre le malade, c'est-à-dire jusqu'au 18 janvier 1901, date à laquelle il fut transféré en Belgique à l'asile de Tournai ; pendant tout ce temps, l'amnésie continue persista. Mais de même que pour l'amnésie rétrograde nous avons signalé qu'il n'y avait pas de coupure brusque entre la série des faits oubliés et celle des faits dont le souvenir persiste, de même pendant cette période de neuf mois, nous avons assisté à des fluctuations curieuses de la mémoire. Il n'y a pas en effet chez R... absence absolue d'acquisitions, mais celles-ci sont difficiles et rudimentaires. Un certain nombre de faits plusieurs fois répétés peuvent être fixés. Mais le réveil de ces souvenirs a lieu le plus souvent sans aucune précision et ici encore, la notion de temps manque. C'est ainsi qu'au début R... ne se souvient plus avoir causé avec nous la veille ; deux jours après son entrée, il dira « je suis ici depuis 8 jours » ; sa femme vient le voir, et plus d'une semaine après, il croira l'avoir vue le matin même. Quelque soit la variété de mémoire interrogée, quelques soient les sensations perçues que l'on cherche à faire revivre, on se

heurte au même défaut de précision, ou l'on tombe dans le même néant. R... ne peut se rappeler aujourd'hui ce qu'il a mangé la veille ; conduit au dortoir, il ne sait pas les premiers jours retrouver son lit, de même qu'il faut à chaque repas pendant la première semaine lui indiquer sa place à table. On lui fait écrire son nom et son âge : cinq minutes après, il ne s'en souvient plus et « ne croit pas que ce soit lui qui ait écrit cela ».

Il lit sur un journal un article concernant la guerre du Transvaal ; la lecture finie, il sait qu'il est question des Boers, et c'est tout. Une demi-heure après avoir pris un bain, il ne s'en souvient plus. Une fois au cours de l'énumération de son ancien mobilier, il termine par « une commode, deux tables » ne se rappelant plus qu'il a commencé par là. Plusieurs fois par jour, il allume sa cigarette dans la salle où chaque fois on lui dit qu'il est interdit de fumer, et il recommence sans cesse. Un jour qu'il s'était plaint du froid, on lui donne une couverture supplémentaire ; et le lendemain il l'a oublié. On lui dit et redit qu'il est à Sainte-Anne ; interrogé là-dessus, il répond : « c'est ici Bicêtre, ou c'est Villejuif. »

L'examen détaillé des différentes mémoires donne les résultats suivants : La mémoire organique, c'est-à-dire celle qui correspond au groupe de faits désignés par Hartley sous le nom d'actions automatiques secondaires est conservée : marche, exercices manuels, professionnels, etc...

Le langage est indemne ; l'écriture est correcte. Tout au plus pourrait on signaler que le malade, les yeux bandés, ne parvient qu'à grand'peine à former son nom ; mais peut-être doit-on à cela donner cette interprétation que, peu entraîné à se servir d'une plume, la mémoire motrice graphique a toujours été chez lui très rudimentaire. Il lit sans la moindre hésitation les caractères d'imprimerie, comme l'écriture courante. Le calcul est bon, dans les limites de sa très faible instruction ; de même, le souvenir des quelques faits d'histoire et de géographie qu'il a jadis connus. Ici pourtant, il faut signaler deux erreurs grossières qui paraissent bien relever de l'amnésie ; pour lui F. Faure a été assassiné par un Italien et Gambetta était général. Les quelques morceaux de musique qu'il a appris, il s'en souvient. Il reconnaît au goût et à l'odorat les substances courantes. Par contre, on lui fait sentir du menthol iodé qu'il ne connaît pas : on lui dit le nom, et quelques minutes après il ne s'en souvient plus et dit : « c'est du goudron », se basant, prétend-t-il, non sur ce qu'on lui a dit, mais sur l'odeur même (?)

On lui fait au front deux piqûres et après un intervalle de dix minutes, une autre à la main : une minute après, il se rappelle seulement celle des doigts ; pourtant, interrogé si on ne l'a pas piqué dans un autre endroit, il répond : « Oui, à la figure ».

La mémoire visuelle commune, qui, nous l'avons dit, était une

des mieux conservées chez notre malade pour les faits antérieurs au 8 mars, est pourtant très imparfaite encore : entre autres exemples citons ce fait, que, prié à deux reprises différentes de donner une description du médecin qu'il voit tous les jours, il le dépeint chaque fois d'une façon différente, et les deux fois la description qu'il donne est également fausse.

Sans doute, d'une façon générale, il y a une amélioration appréciable dans l'état du malade pendant son séjour à l'asile, puisqu'en somme il a pu acquérir quelques souvenirs. C'est ainsi par exemple qu'au bout d'un mois environ il finit par se reconnaître dans le service, par s'y diriger même, il est capable d'accomplir au dehors quelques corvées ; c'est ainsi que sa femme lui ayant plusieurs fois parlé de sa tentative de suicide, lui en ayant à diverses reprises raconté toutes les péripéties, R... finit par savoir qu'il a cherché à se tuer et qu'il a été à l'hôpital Saint-Louis avant de venir ici. Toutefois la mémoire laisse beaucoup à désirer encore, la reviviscence des souvenirs est bien imparfaite et pour ce qui est notamment de sa tentative de suicide, il en fait à deux reprises un récit absolument fantaisiste, et chaque fois différent : il raconte par exemple que lui et sa maîtresse se sont réveillés au milieu de la nuit, que sa femme a ouvert les fenêtres parce qu'il souffrait trop, que quelqu'un est venu à ce moment ; il est évident que ce récit qu'il nous donne n'est pas le résultat de souvenirs personnels; ce n'est que d'après ce que sa femme lui a raconté ultérieurement que le malade parle, puisqu'il cite des faits qui se sont passés pendant son évanouissement, comme son transport en brancard à l'hôpital Saint-Louis.

Comme nous le disions au début, en dehors de cette amnésie, et d'une légère dépression mélancolique avec apathie qui d'ailleurs ne tarda pas à disparaître, en dehors de cette lenteur dans les opérations cérébrales, surtout appréciable le premier mois, on ne constate chez R... aucun autre trouble intellectuel ; pas trace de délire, aucune illusion ou hallucination sensorielle, pas de symptômes d'affaiblissement généralisé des facultés ; sa conduite est régulière à l'asile, le jugement est sain, l'affectivité n'est pas émoussée ; la conscience de son trouble de mémoire lui est bien vite revenue.

Voici par exemple ce qu'il écrit peu de jours avant son départ : « Je me suis marié à vingt-cinq ans. J'ai six enfants dont quatre garçons et deux filles. Je suis entré à Sainte-Anne au mois de mars approximativement, mon séjour à l'asile qui je crois remonte à cette époque (répétition de la même idée et phrase inachevée par amnésie). Jai passé une vie monotone en me couchant le soir à 7 heures, et en fumant et en causant à l'occasion quand je trouvais quelqu'un de raisonnable. A part cela je me tenais à l'écart et cherchais à tuer le temps en jouant aux cartes et aux

dominos,etc... » et plus loin : « Je demande ma sortie pour chercher du travail pour contenter mes enfants afin de pouvoir leur dire que je suis sorti de l'hospice. »

On le voit, ce n'est donc en somme, même dix mois après le début, qu'un affaiblissement spécialisé des facultés mentales portant sur la mémoire.

Sans doute, les exemples d'amnésie survenant à titre de trouble mental isolé ou prédominant, à la suite d'une intoxication aiguë par l'oxyde de carbone ne sont pas rares dans la littérature médicale. Déjà en 1843, Bourdon l'indique dans sa thèse. Puis Rouillard (1885), Cacarrié (1887) la signalent. M. Briand[1] insiste plus particulièrement sur la fréquence du caractère rétrograde de cette amnésie et sur les conséquences médico-légales que peut avoir cet oubli de l'accident et des circonstances immédiatement antérieures; la même année, il publie dans la semaine médicale l'observation d'une jeune fille chez qui survint dans ces conditions un affaiblissement très prononcé de la mémoire. Fallot[2] signale chez une femme de soixante-trois ans une amnésie rétrograde ayant porté sur les trois jours qui ont précédé l'intoxication. Enfin, et dès lors, nous entrons dans la forme psychologique de notre amnésie, de Beauvais[3] montre qu'elle peut porter sur les faits postérieurs à l'empoisonnement. Thomsen[4] rapporte de même l'histoire d'une femme de soixante-quatre ans, atteinte après intoxication oxycarbonée de psychose aiguë à forme de confusion hallucinatoire, et chez laquelle ultérieurement survint un affaissement très marqué de la mémoire, mais avec déchéance généralisée des facultés intellectuelles : D'autres encore, MM. Brouardel[5], Trénel[6], Avramoff[7], etc... ont signalé la persistance possible d'une amnésie après l'empoisonnement par les vapeurs de charbon.

[1] Briand. *Compte rendu du Congrès international de médecine mentale*, 1889.

[2] Fallot. *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 1895.

[3] De Beauvais. *Bulletin de la Société de médecine légale*, 1885.

[4] Thomsen. *Berlin.-Klin.-Wochenschrift*, 1888.

[5] Brouardel. *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1893.

[6] Trénel. *Intoxication par C O.* (*Gaz. hebdom. de méd.*, juillet 1895.)

[7] Avramoff. *Contribution à l'étude des affections nerveuses chroniques consécutives aux intoxications aiguës.* (Th. de Nancy, 1900.)

Il n'en est pas moins exceptionnel de voir, comme chez notre malade, durer à l'exclusion de presque tout autre symptôme mental, une amnésie de forme continue. Ce qui généralement, est considéré comme la règle, c'est de constater, lorsqu'il persiste après un aussi long temps des troubles mentaux, un affaiblissement généralisé des facultés intellectuelles, une démence progessive, fonction de foyers multiples de ramollissement[1]. Récemment, M. Greidenberg[2] reprenant cette question des troubles mentaux consécutifs aux empoisonnements aigus par l'oxyde de carbone, en donnait en effet la classification suivante, déjà admise en substance depuis la classique leçon de Charcot dont nous aurons à reparler plus loin :

1° Accidents immédiats : manie transitoire — ou plus exactement comme l'a signalé M. Magnan, confusion mentale — avec ou sans amnésie rétrograde.

2° Accidents consécutifs ou secondaires, survenant dans un laps de deux à quinze jours, évoluants d'après ce mode habituel : troubles de la mémoire mal déterminés, puis amnésie marquée, puis incohérence, indifférence, apathie et démence terminale.

Or, le cas de notre malade ne semble pas absolument rentrer dans cette conception. De ce qui s'est passé chez R... immédiatement au sortir du coma, nous n'avons connaissance à vrai dire que par ce que nous en a raconté la maîtresse du malade. Ces renseignements suffisent néanmoins pour faire connaître qu'outre un certain degré de confusion mentale, caractérisée surtout par de l'apathie et de la lenteur dans les opérations cérébrales, ce qui d'abord a frappé, c'est l'amnésie. Amnésie, non seulement portant sur l'accident et les circonstances antécédentes, mais s'installant dès cette époque pour se prolonger dans l'avenir, sous forme d'amnésie continue. Dans sa partie rétrograde, dans ce qu'on pourrait appeler sa fonction passive, destructive (?), cette perte de la mémoire semble remonter au delà de plusieurs semaines, puisque des souvenirs datant de cette époque ne peuvent être

[1] Malgaigne. *Gaz. méd.*, 1835. — Ferrus. *Gaz. méd.*, 1836. — Charcot. *Leçons du mardi*, 1888-1889. (Leçon XVI.) — Harduie. *Westnick für Psychiatrie*, 1885, t. I.

[2] Greidenberg. *Des psychoses consécutives aux intoxications oxycarbonées.* (*Ann. méd. psych.*, 1900.)

réveillés; mais on peut aussi se demander si cet oubli apparent de certaines acquisitions anciennes — nom du dernier patron, numéro de la rue, etc. — ne doit pas être mis sur le compte de cette confusion mentale dont M. Magnan a montré la fréquence dans ces cas, et qui fut encore manifeste chez notre malade un mois après l'accident. Nous avons tendance à admettre cette interprétation, confirmée par ce fait que nous voyons dans la suite renaître ces souvenirs primitivement effacés en apparence. En résumé donc, R... présenta cette amnésie classique des suicidés par l'oxyde de carbone portant sur la tentative de suicide elle-même, avec un état passager de confusion mentale également classique; mais en outre il est apparu chez notre malade, immédiatement au sortir du coma, une forme spéciale d'amnésie antérograde à laquelle M. Janet [1] a donné le nom de continue.

Or, ce psychologue distingué a montré, par une série d'obvations très fouillées, la relation qui existe entre cette amnésie continue et l'hystérie. D'un autre côté, Charcot nous a enseigné la possibilité du réveil d'une hystérie latente sous l'influence d'une intoxication aiguë; et notamment chez le malade qui a fait le sujet de sa seizième leçon (1888-1889); il considère les phénomènes d'abasie trépidante comme de nature hystérique.

Il se présentait donc immédiatement à l'esprit cette hypothèse que, dans notre cas, l'amnésie continue pouvait bien être, elle aussi, de nature hystérique. Et cela d'autant mieux qu'au point de vue de la forme même, il y a de grandes analogies psychologiques entre l'amnésie continue des hystériques et celles de notre malade. Il semble même que dans son mécanisme intime cette amnésie procède chez R... et chez les hystériques de M. Janet d'une façon analogue.

Cet auteur conclut, en effet, fort ingénieusement que dans cette forme particulière la lésion de la mémoire ne réside pas dans la perte de la conservation des souvenirs, ni dans celle de la reproduction des images, mais qu'elle consiste plutôt dans la perte d'un troisième élément qu'on s'accorde assez généralement à reconnaître à la mémoire [2], *la perception personnelle;* c'est ce troisième élément qui rattache

[1] Janet. *L'amnésie hystérique. Névroses et idées fixes.* (*Archives de neurol.*, 189?.)

[2] Janet. *Névroses et idées fixes.* — Dugas. *La perte de la mémoire et la perte de la conscience.* (*Revue philosoph.*, juillet 1899.)

l'image éveillée aux autres images, la fait rentrer dans le moi par un travail de synthèse, fait que le sujet a conscience de son souvenir en tant que souvenir personnel. Chez R..., en effet, les images ou du moins certaines images peuvent se fixer, bien que difficilement, elles peuvent aussi dans une certaine limite être réveillées, mais le malade ne paraît pas en avoir une conscience nette en tant que souvenirs personnels, témoin ce conte qu'il nous fait de sa tentative de suicide, d'après les récits de sa femme, et qu'il nous donne comme souvenir propre.

Mais à côté de cela, nous n'avons pu relever chez R... aucun stigmate hystérique; rien dans ses antécédents personnels ou héréditaires ne permet de soupçonner la névrose : pour toute maladie, il a fait une fièvre typhoïde étant jeune, ses parents, étaient bien portants, on ne relève aucune tare dans ses ascendants directs ou collatéraux. De plus l'amnésie ne s'est jamais accompagnée chez lui de ces troubles concomitants relevés chez les malades de M. Janet : phénomènes d'aboulie, idées fixes, attaques de délire, etc. ; il n'y a pas eu chez lui ces « variations intermittentes dans la rapidité et la profondeur de l'amnésie » que l'on observe volontiers chez les hystériques; même la seule malade de M. Janet qui ait présenté une amnésie continue d'une durée aussi longue (neuf mois), a été pendant tout ce temps pour ainsi dire fermée à toute nouvelle acquisition; chez R..., ce qu'on voit plutôt, c'est une lente amélioration progressive.

Pour toutes ces raisons nous ne croyons donc pas que l'on soit autorisé ici à incriminer l'hystérie.

D'ailleurs, cette forme continue de l'amnésie a été signalée par différents auteurs dans des affections où l'hystérie ne pouvait être invoquée. En outre, M. le professeur Joffroy l'a signalée l'année dernière chez un malade qui avait fait une tentative de suicide par pendaison. M. Toulouse[1] l'indique aussi à la suite d'un choc moral; de même M. Vaschide[2] après ce qu'il appelle un « choc initial émotif ». Régis[3],

[1] Toulouse. *Amnésie rétro-antérograde à type continu et progressif par choc moral.* (*Archives de neurol.*, 1894.)

[2] Vaschide. *Amnésie antérograde émotive.* (*Rev. de psychiatrie*, septembre 1900.)

[3] Régis. *Note sur des tentatives de suicide par pendaison.* (*Arch. cliniques de Bordeaux*, 1895.)

Féré signalent également des cas d'amnésie rétrograde et pour quelques jours antérograde après des tentatives de suicide par pendaison. Sciamanna pense que l'amnésie rétro-antérograde « peut s'observer indépendamment de toute attache d'hystérie, d'alcoolisme ou de traumatisme dans les maladies infectieuses fébriles, Korsakoff rappelle des cas analogues dans sa psychose polynévritique ou cérébropathie psychique toxhémique. M. Séglas[1] signale l'amnésie continue dans la convalescence de la confusion mentale primitive ou comme prolongement de la maladie, tout en la rattachant au mécanisme de M. Janet : perte de la perception personnelle des souvenirs ou de l'assimilation psychologique des images. Enfin l'un de nous[2] a présenté au congrès de psychologie de 1900 l'observation d'un homme atteint de syphilis cérébrale chez qui à la suite d'une attaque épileptiforme suivie de délire hallucinatoire passager s'est déclarée une amnésie retro-antérograde persistante sous forme continue pendant dix mois, jusqu'à la mort

Tous ces faits prouvent donc qu'un même symptôme peut relever de causes morbigènes différentes. Resterait à trouver la cause immédiate de cette amnésie, à savoir comment un empoisonnement aigu par l'oxyde de carbone peut provoquer un trouble partiel de l'entendement aussi persistant. Ici le champ est largement ouvert à toutes les hypothèses. Nous ne savons que trop peu de choses encore sur le mécanisme intime de la mémoire, sur les cellules qui entrent en jeu et sur leur mode de fonctionnement pour pouvoir émettre autre chose que des possibilités plus ou moins ingénieuses. Nous ne savons même pas au juste quelles transformations l'oxyde de carbone apporte dans les éléments de l'organisme et quand avec Dreser[3] nous avons dit que « son action réductrice ne s'arrête pas au seul globule sanguin, mais s'exerce de la même façon sur tous les tissus de l'économie », il ne nous reste plus guére qu'à nous lancer dans la spéculation.

[1] Séglas. *Leçons.*

[2] Truelle. *Sur deux cas d'amnésie continue.* (*Congrès de psych.*, 1900.)

[3] Dreser. *Arch. f. exper. Pathol. und Pharmac.*, XXIX.

REVUE CRITIQUE.

Anatomie cérébrale et Psychologie [1];

Par Jules SOURY,
Directeur d'études à l'École pratique des Hautes Études à la Sorbonne.

Mais ce sont surtout les recherches de Loeb, de Friedländer, de Bethe, de Preyer, d'Uexküll, qui ont montré comment, chez les animaux inférieurs, des réactions d'apparence volontaires sont réductibles à l'existence de simples dispositions anatomiques : l'activité de tel arc réflexe déterminé répond toujours à certains stimuli déterminés. Ainsi le stimulus chimique en rapport avec l'acte de manger provoque les mouvements correspondants des diverses parties de l'orifice buccal : la trompe de l'abeille dont la tête a été complètement séparée du thorax continue à sucer le miel. Dans sa jeunesse Edinger éprouva à son dam que la partie abdominale séparée du thorax, et placée sur le porte-objet du microscope, de ces hyménoptères, réagit au contact avec son aiguillon. C'est le contact, non un sentiment de colère, de vengeance ou de défense, qui explique ici cette réaction. Dans nombre de crustacés et de vers, Bethe et Loeb ont pu déterminer de pareils réflexes isolés dont le mécanisme anatomique est fort connu.

Il nous paraît juste et équitable de rappeler que Huxley, en comparant chaque ganglion nerveux d'une écrevisse à une boîte à musique, etablit des premiers qu'une seule impulsion portée par un nerf sensitif à un ganglion peut provoquer une contraction musculaire isolée, quoique plus communément elle en provoque toute une série, combinée en vue d'un but défini, et cela, sans qu'aucune « perception consciente soit nécessaire à la production d'une foule de mouvements combinés par lesquels le corps s'adapte aux variations des

[1] Voir *Archives de Neurologie*, n° 67, 1901, t. XII, p. 28.

conditions extérieures [1] ». Huxley avait résolument écarté les interprétations anthropomorphiques. Lorsque nous disons, écrivait-il, que l'écrevisse a « conscience » du danger ou « sait » que la viande est bonne à manger, nous ne pouvons supposer qu'elle se dit à elle-même comme nous le ferions : « Ceci est dangereux; cela est bon ». L'écrevisse, privée de langage ne dit rien, ni à elle-même, ni à n'importe qui. La discussion de cette proposition, peut-être plus humoristique que vraie, nous écarterait du sujet. Il y a, en effet, bien des sortes de langage intérieur qui doivent correspondre aux signes et manifestations externes de tout genre chez les invertébrés et les vertébrés. L'écrevisse, selon Huxley, ne construit pas de syllogismes : « On doit éviter les choses dangereuses; cette main est dangereuse, donc il faut l'éviter. » C'est pousser bien loin, il me semble, en sens contraire, les préjugés de la raison humaine, qui n'est et ne peut être qu'un vaste complexus de réflexes organisés. Toute réaction physiologique est un syllogisme en acte. C'est une question de savoir si, pour être souvent inconscient, il n'a jamais été conscient. On aperçoit clairement que j'incline dans ce sens contre Edinger et la nouvelle école de l'automatisme des animaux.

Il est constant pour Edinger que le système nerveux des animaux inférieurs représente essentiellement une colonie d'appareils réflexes, centraux et périphériques, qui, encore que plus ou moins solidarisés, sont susceptibles de fonctionner isolément. Il avait déjà illustré par des exemples l'autonomie relative de ces appareils dans la chaîne du sympathique et dans celle de la moelle épinière des vertébrés. L'estomac, les intestins, le cœur, la peau, etc., possèdent nombre d'appareils réflexes indépendants du même genre, quoique plus ou moins étroitement reliés à l'organe nerveux central.

Edinger réserve beaucoup de questions que Bethe et d'autres auteurs croient déjà avoir résolues expérimentalement. Il ne manque point, affirme-t-il, d'actes accomplis par les animaux inférieurs encore irréductibles à des facteurs connus : tels les mouvements de fuite, manifestés déjà chez les embryons de poissons comme chez les larves décérébrées

[1] Th. Huxley. *L'Écrevisse. Introduction à la zoologie.* Paris, 1880. p. 66, 81, *passim.*

de grenouilles. Telles encore les causes de migration et d'orientation des animaux.

Il faut bien prendre garde que l'hérédité, non seulement des mécanismes, mais celle de leurs fonctions réflexes, voire d'associations réflexes fort complexes, est aujourd'hui un fait d'observation scientifique. Ce sont ces modes d'activité, soit simples, soit complexes, que résume d'ordinaire le concept vulgaire d'*instinct*. Un individu qui paraît pourvu d'associations réflexes innées semblables à celles de tous les autres exemplaires de son espèce, peut-il en acquérir individuellement de nouvelles au cours de sa vie? C'est ce que Bethe et d'autres auteurs ont recherché dans leurs expériences. Toute réaction de l'animal doit pouvoir être attribuée, soit à ces réflexes simples ou complexes communs à toute son espèce, soit à une acquisition individuelle, et il faudrait alors pouvoir dire dans quelle mesure le système nerveux de cet être a été capable de recevoir et de fixer de nouvelles impressions, de les reproduire ensuite dans un ordre semblable ou différent. En son mémoire sur la biologie des abeilles, von Buttel-Reepen est arrivé à la conclusion, reproduite par Edinger, que ces hyménoptères ne sont point de pures machines réflexes (conclusion que nous avions déjà soutenue nous-même contre Albrecht Bethe), répondant d'une manière constamment uniforme aux excitations; qu'au contaire, en discerne, à côté de nombre d'actions réflexes héréditaires, des signes assurés d'une mémoire individuelle; bref, que ces invertébrés peuvent apprendre et former des associations à la suite d'impressions reçues et fixées. Mais tout cela, selon Edinger, peut parfaitement s'entendre sans l'hypothèse d'une conscience.

L'anatomie et la physiologie expérimentale ont établi que les appareils de la moelle épinière et de la moelle allongée ne fonctionnent que suivant le mode ou le « type » réflexe. La moelle épinière surtout appartient aux parties les mieux et les plus clairement connues du névraxe. D'innombrables expériences instituées sur les réflexes spinaux sont ainsi devenues anatomiquement intelligibles, et il a suffi ici de penser anatomiquement pour s'élever à l'intelligence physiologique des phénomènes. Une question reste pourtant encore irrésolue : la moelle épinière peut-elle apprendre, fixer, conserver les impressions, les élaborer et les transformer en actes ou en

actions adaptées? Les observations et expériences portant même sur des mouvements de nature assez compliquée inclinent Edinger à répondre par l'affirmative. Des recherches spéciales sur ce sujet seraient pourtant fort utiles; on sait toutefois qu'après la décapitation, ne fût-ce que durant quelques minutes, certains mouvements bien organisés s'exécutent encore : les lapins galopent, les canards nagent, etc. Les relations anatomiques que soutiennent entre eux les mécanismes nerveux à complexité croissante dans la série expliquent ces faits. Le mode de cet accroissement de l'appareil nerveux consiste essentiellemeut, enseigne Edinger, dans la superposition aux centres inférieurs de nouveaux appareils qui en partie relient entre eux les anciens, en partie créent de nouveaux centres et de nouvelles voies d'association.

Toutes les observations des vingt dernières années ont démontré que « la plupart des centres et des appareils d'association s'étendant de la moelle épinière jusqu'aux corps striés possèdent, chez tous les vertébrés, une structure très semblable» . A des mécanismes semblables doivent correspondre des fonctions semblables, et cela malgré le fait que, en vertu de l'apparition de nouveaux appareils nerveux surajoutés, la fonction des appareils plus anciens peut et doit rétrocéder. A considérer la structure du système nerveux d'un animal, il est toujours possible de conclure à la fonction dès qu'on connaît chez un autre animal une structure et une fonction analogues. On sait très peu de chose encore des fonctions des parties du cerveau situées entre la moelle allongée et l'écorce cérébrale. Pour les bien connaître, il faudrait étudier les réactions d'un animal décortiqué : l'activité des centres inférieurs de l'encéphale, masquée naturellement par celle de l'écorce, apparaîtrait alors en quelque sorte comme les étoiles dans un ciel nocturne.

De semblables réflexions ont inspiré à Edinger sa célèbre enquête sur les fonctions psychiques des poissons. Il a été constaté que ces vertébrés n'étaient capables que d'un nombre extraordinairement restreint d'associations : ce sont des « machines réflexes » (*reflexmaschinen*), en possession d'un certain nombre de coordinations motrices qui, fonctionnellement, se manifestent comme des instincts, mais dont la faculté d' « apprendre » est fort médiocre. Les mou-

vements dirigés vers la nourriture, les poissons ne laissent pourtant pas d'apprendre à les orienter dans une direction nouvelle lorsque les circonstances accompagnant la distribution de la nourriture ont été assez souvent répétées pour qu'ils la « connaissent ». Ils apprennent aussi à déposer toute « crainte » éprouvée antérieurement. Tels sont à peu près les résultats d'une enquête qui a porté sur plusieurs centaines d'observations généralement bien conduites.

Ces résultats témoignent, du moins, selon nous, que des vertébrés encore dépourvus d'écorce proprement dite ne sont pas seulement capables de réactions appropriées, adaptées à des fins, dont les conditions peuvent être artificiellement modifiées au cours de la vie de l'animal : ils peuvent encore, du fait de la répétition des impressions, apprendre à connaître, à reconnaître, à agir en conséquence. Il y a plus ; une émotion aussi complexe que la peur, dont l'origine et l'organisation reposent certainement, nous l'avons montré ailleurs, sur des impressions optiques, tactiles, olfactives, etc., associées en représentations symboliques, plus ou moins vagues ici et rudimentaires, peut se modifier progressivement au point de disparaître, quitte à reparaître sous l'influence de causes nouvelles, naturelles ou provoquées. Edinger ne me paraît pas assez frappé de la complexité de ces processus psychiques, qui forment le minimum des fonctions d'adaptation nécessaires à la vie de relation d'un animal, partant à la persistance dans l'être de l'individu et de l'espèce. Or, les mécanismes de ces fonctions n'existant point ici, chez les poissons osseux tout au moins, selon Edinger, dans l'écorce du télencéphale, il suit que le mésencéphale et les divers cerveaux postérieurs de l'encéphale suffisent à la réalisation de synergies et de coordinations psychiques dont l'écorce, centre nouveau superposé aux anciens, a hérité simplement, tout en multipliant, par la division du travail physiologique, les mêmes effets de de plus en plus différenciés et complexes, chez les vertébrés supérieurs aux poissons. C'est ce qu'après Steiner et Edinger lui-même, quelques auteurs, L. Neumayer entre autres, dans un travail entrepris sous les auspices de von Kupffer, ont déjà fort bien indiqué : le *tectum loborum opticorum*, le toit du mésencéphale, n'est pas seulement l'analogue de la paire antérieure des tubercules quadrijumeaux quant aux

fonctions centrales de la vision; on doit considérer cette ancienne province du névraxe comme le siège de l'exercice des fonctions psychiques de l'ancienne vie de relation des vertébrés inférieurs, fonctions qui ont plus tard émigré, chez les vertébrés supérieurs, dans le manteau des hémisphères du télencéphale, dans les parties du cerveau antérieur qui ne sont pas encore développées chez les poissons osseux.

La scène change tout à fait quand, chez les amphibiens et les reptiles, l'écorce apparaît. « Lorsque cet appareil, qui pour la première fois atteint chez les reptiles un fort développement, se superpose aux autres parties du cerveau, lorsqu'il s'augmente progressivement de parties bien déterminées, l'individu acquiert alors un nombre très notable de mécanismes nouveaux, tous reliés entre eux et avec les appareils inférieurement situés du système nerveux central. » Quels sont ceux de ces derniers centres qui se sont reliés aux plus anciens territoires corticaux du manteau? Ce furent d'abord, chez les vertébrés inférieurs, les terminaisons du nerf olfactif. Les faisceaux optiques s'irradièrent ensuite, chez les oiseaux, à ces territoires du manteau. Chez l'homme encore, Edinger a pu retrouver quelques-unes de ces antiques voies. Ce qui étonne surtout ce savant anatomiste, c'est la complexité des conditions ou, comme il s'exprime, des « possibilités d'association » que décèle déjà la plus ancienne écorce; celles du cerveau des mammifères eux-mêmes n'en diffèrent que par une simple question de quantité. Déjà chez les amphibiens, sûrement chez les reptiles, la quantité des fibres se rendant à l'écorce ne présentent absolument aucun rapport avec le puissant appareil cortical, aux cellules et aux fibres nerveuses extrêmement nombreuses, dans lequel s'irradient ces faisceaux de projection. L'impression qui s'impose, c'est que ce mécanisme cortical réalise, dans une mesure énorme, les conditions ou les possibilités d'association des ébranlements nerveux propagés jusqu'à ces centres par un nombre relativement petit de fibres afférentes; c'est que l'écorce — tout à fait au sens où, pour la première fois, l'a postulé Flechsig quant aux animaux supérieurs, — est bien, considérée dans l'ensemble, « un appareil d'association » (p. 21). Cette proposition doctrinale d'Edinger, dérivée de l'étude directe, com-

parée, de la constitution anatomique de l'écorce cérébrale dans la série des vertébrés, a pour la psychologie une portée considérable, car c'est de toute antiquité, et dès son origine en quelque sorte, que l'écorce, chez les batraciens et les reptiles, apparaît essentiellement comme « un appareil d'association », et non pas seulement chez les vertébrés supérieurs, tels que les mammifères.

Sans doute, les différents centres d'association constituant cet appareil suivront le développement des centres de projection, développement en rapport avec l'accroissement en surface des appareils périphériques des sens et de leurs stations intracéphaliques. Mais, entre un anthropoïde et un homme, un hamster ou un chien, un oiseau, un reptile ou un batracien, il ne s'agira toujours que de différences « quantitatives », non qualitatives, relativement aux fonctions d'association proprement dite, c'est-à-dire quant à l'intelligence. Dès lors, la raison humaine elle-même, pour indéfiniment supérieure qu'elle soit, du fait d'une division physiologique du travail toujours plus avancée et dont la plus haute a été le langage humain, ne sera jamais séparée de celle du plus humble vertébré par un de ces abîmes qu'avait rêvés notre ignorance et que notre orgueil avait toujours creusés plus profonds. Les résultats provisoires des belles études de Flechsig sur la myélinisation successive des diverses régions de la corticalité devront être modifiées en ce sens pour l'histoire des centres d'association, ainsi que l'avait déjà pressenti van Gehuchten, et c'est à un anatomiste dont les recherches ont porté principalement sur le télencéphale des poissons, des reptiles et des oiseaux, à Edinger, que l'homme devra de connaître enfin les origines, et partant la nature, de sa vie mentale, de ses instincts, de ses passions, de son entendement.

Parmi les propriétés ou fonctions de l'écorce cérébrale, c'est-à-dire de l' « appareil psychique d'association », il en est deux tout au moins qu'Edinger croit pouvoir lui attribuer de science certaine : 1° elle possède la propriété de conserver les impressions transmises par les faisceaux nerveux de projection ; 2° les voies d'association, en nombre si considérable, qui parcourent l'écorce, rendent possible et réalisent l'association entre elles de ces impressions, soit sensitives, soit sensorielles. En outre, l'appareil cortical a

le pouvoir, non pas seulement de transformer en mouvements, au moyen des voies efférentes, les sensations reçues ou perçues, mais d'arrêter ou d'inhiber ces mouvements. Que l'écorce télencéphalique ou toute autre partie quelconque du système nerveux, de soi et par soi, c'est-à-dire sans impression ou sensation préalable, puisse produire un mouvement, c'est, contrairement à ce qu'avait pensé Alexandre Bain, ce dont il n'existe aucune preuve. Tout ce qu'on sait nous force d'admettre que « ce qui nous apparait comme volonté libre, n'est que le stade ultime d'une longue série de processus qui a débuté, à quelque moment donné, par l'effet de sensations perçues ».

Chez l'homme, notre connaissance des connexions de l'écorce cérébrale avec les centres inférieurs et de celles des différents territoires de l'écorce elle-même est aujourd'hui assez étendue et précise pour qu'on ait tenté avec succès la localisation anatomique d'activités ou fonctions psychiques fort complexes, telles que le langage, la lecture, la vision, l'audition mentales. Chaque jour, au sentiment d'Edinger lui-même, nous rapproche du but qu'il a indiqué plus haut: la connaissance du mécanisme des diverses parties du puissant appareil entier d'association représenté par l'écorce du télencéphale. Déjà l'analyse psychologique et l'observation anatomique, parties de voies différentes, se rencontrent et s'unissent en systèmes dont la connaissance n'a été si longtemps retardée qu'en suite de l' « immense complexité des phénomènes psychologiques et des structures anatomiques ».

Edinger révèle pourquoi, en dépit des efforts séculaires des plus grands hommes, la psychologie est une discipline si peu avancée. Ceux-là même qui, parmi les psychologues, ont voulu pénétrer dans la vie de l'âme humaine par l'étude de la structure du cerveau, avaient visé trop haut; ils devaient échouer. Pour les mêmes raisons, la psychologie des animaux n'a point fait de progrès : ici encore on ne s'est guère attaché qu'à l'étude de mammifères, partant des êtres d'une organisation cérébrale beaucoup trop élevée. Il fallait commencer par les vertébrés les plus inférieurs, qui, comparés à l'homme et à d'autres mammifères, sont d'une admirable simplicité. L'observation de la vie psychique de ces animaux, à l'aide de méthode plus précises, ne présente plus qu'un problème, sinon simple, du moins « sim-

plifié ». La raison en est que, depuis une dizaine d'années, les travaux d'Edinger et de ses émules ont si fort avancé l'anatomie du cerveau des vertébrés inférieurs, qu'en beaucoup de points, atteste ce maître, « le cerveau d'un lézard, par exemple, lui est mieux connu que celui de l'homme. » Et c'est de la connaissance de ces structures du cerveau des poissons, des amphibiens, des reptiles, des oiseaux, que sortira la science comparée de leurs fonctions psychologiques.

Cette tâche ne serait point aussi difficile qu'elle l'a paru. Il faudrait d'abord observer sans préjugés, en d'autres termes, il faudrait se garder d'interpréter les réactions de ces organismes, de ces vertébrés inférieurs, comme des instincts, des désirs, des sentiments plus ou moins semblables à ceux de l'homme. Voilà du moins ce que postule Edinger. Ainsi, la quête et la prise de la nourriture seraient, chez les poissons et les amphibiens, des actions réductibles à des processus réflexes : « La grenouille ne cherche pas le ver ; c'est le ver qui, par ses mouvements, s'il est perçu à distance convenable, par la vue ou par l'ouïe, provoque la capture de la proie » (p. 23). C'est un fait d'observation vulgaire que la plupart de ces animaux ne s'emparent que de proies mouvantes, que le mouvement de ces proies soit naturel ou artificiel, et que, comme dans la pêche au moyen d'hameçons, tout soit disposé pour créer l'illusion. Edinger indique une seconde cause qui serait favorable à ce genre d'observation. Tous les vertébrés inférieurs « mènent essentiellement une existence léthargique d'où ils ne sortent, pour un temps relativement court, que lorsque la faim ou l'instinct sexuel, ou encore l'état de la température ou de l'atmosphère réveille leur excitabilité assoupie. Les tritons et les salamandres, dont le système nerveux, anatomiquement, n'est pas supérieur à celui d'un embryon humain de deux mois, ne sont en fait que des embryons à vie libre, qui passent dans le sommeil plus des 11/12 de l'année. La plupart des serpents indigènes demeurent à peine éveillés beaucoup plus d'heures, distribuées d'ailleurs sur un plus long espace de temps. D'après ce qui m'apparaît, on a partout exagéré, surfait, l'intensité et l'extensité de l'activité des animaux inférieurs parce qu'on les a presque toujours observés dans un état où le train de vie de l'animal était troublé, et surtout parce qu'on n'a pris garde qu'à l'événe-

ment dont on constatait la manifestation actuelle, sans tenir un compte suffisant de l'énorme durée qui s'écoule dans l'inaction. » Cette commune façon d'observer les phénomènes psychiques des animaux, Edinger la déclare contraire à toute méthode véritable d'investigation scientifique.

Elle n'a pas laissé pourtant de produire quelques résultats. La question de la mémoire, on l'a vu, se ramène à des considérations qui peuvent être discutées sans qu'on fasse intervenir l'hypothèse d'une conscience : il suffirait de donner au concept de mémoire un sens plus étendu, une acception qui excède et dépasse les images conscientes. De même pour la douleur. Les animaux inférieurs connaissent-ils la douleur? Edinger se le demande, après avoir rappelé les expériences de Norman sur les réactions des vers à la division de leur corps en segments. Les états que l'on appellerait douloureux s'ils étaient perçus avec conscience, l'homme n'en garde aucun souvenir s'il les a traversés dans la narcose chloroformique. Quelle que soit l'opinion générale, Edinger trouve assez faibles et chancelantes les raisons sur lesquelles on s'est de tout temps appuyé pour affirmer que ces animaux sentent la douleur. Nous voici donc revenus aux beaux jours de Descartes, de Malebranche, de Messieurs de Port-Royal-des-Champs. Toutes les analogies sont trompeuses : les mouvements de fuite ou de défense qui, chez l'homme et les animaux supérieurs, accompagnent les lésions douloureuses ne justifieraient pas la conclusion qu'on transporte aux vertébrés inférieurs encore privés d'écorce cérébrale : « Nous savons cependant qu'il y a des circonstances où, par l'effet des mêmes excitations, des mouvements identiques à ceux que provoque la douleur s'accomplissent lors même qu'il n'existe absolument aucune sensation. Peut-être convient-il de citer ici les mouvements de défense qu'exécutent les malades opérés durant la narcose ; il est plus significatif encore de rappeler qu'un homme dont la moitié inférieure du corps est anesthésique retire spasmodiquement la jambe, quand on pique la plante des pieds avec une épingle, aussi rapidement qu'au temps où il *sentait* cette piqûre. »

En résumé, pour faire avancer l'intelligence des questions que la psychologie humaine pose à l'anatomiste du cerveau, la méthode la plus sûre est l'étude de la psychologie des

animaux dont les actes, aussi bien que l'encéphale, sont relativement très simples.

Avant tout, il convient d'établir dans quelles limites les actions d'un vertébré lui-même sont réductibles à des mécanismes anatomiquement connus, et cela sans évoquer l'hypothèse d'une conscience, qui n'explique rien, et dont l'interprétation scientifique des faits observés se peut passer. Ce n'est que lorsqu'apparaîtront dans la série des modes d'activité qui ne seront plus explicables sans conscience qu'il sera temps de s'essayer à définir ce qui demeure encore entouré d'une sorte de nuage mystique, la conscience. Certes, « la conscience ne saurait apparaître tout d'un coup ». Edinger le confesse. Seulement, l'erreur où l'on tombe en attribuant aux manifestations psychiques des animaux des procédés de conscience que l'homme peut seul connaître directement, indique qu'on doit, à l'avenir, suivre la voie inverse. En d'autres termes, il faut, en psychologie, non plus descendre de l'homme à l'animal, mais remonter des animaux à l'homme.

L'anatomie du système nerveux central et la psychologie ne sont que deux méthodes d'investigation appliquées aux mêmes problèmes; ces deux disciplines sont destinées à s'unir un jour pour la solution de ces questions suprêmes. J'estime même que cette évolution parallèle de la science des structures et des fonctions du névraxe a existé de tout temps, je l'ai même démontré, et se trouve beaucoup plus avancée que ne semble le supposer Edinger. Des psychologues d'école, je ne parle pas. Ces psychologues vont répétant, de générations en générations, que la connaissance des organes de la sensibilité et de l'intelligence est encore et toujours trop arriérée, trop incertaine et changeante, pour que la psychologie puisse s'aventurer sur ce terrain et tenter d'y jeter les fondements de ses futures constructions. Pour qui possède quelque pratique des psychologues d'école, ce sont là de vaines paroles.

Les anatomistes et les physiologistes devront faire la psychologie, car les psychologues ne la feront jamais. Ils ignorent les faits, et ils n'ont ni le temps, ni le goût, ni les moyens de les apprendre. Il importe peu d'ailleurs par qui la science se fasse, pourvu qu'elle soit. Les livres de Dejerine et de François-Franck, de Flechsig, de Munk et de von Monakow, renferment, comme ceux de Galien, de Descartes, de Flourens, de Broca, de Charcot, la vraie science anatomique

et physiologique de l'intelligence. L'histoire naturelle de l'esprit humain est donc bien plus avancée qu'Edinger, je le répète, ne se l'imagine. Il suffit, pour s'en persuader, de lire l'histoire des doctrines et des théories sur la structure et les fonctions du système nerveux des invertébrés et des vertébrés, l'histoire comparée, dans la série des vertèbrés, des organes des sens, des centres de projection et des appareils d'association de l'encéphale. Or, depuis les amphibiens tout au moins, pour ne rien dire ici des poissons, Edinger signale l'existence de rudiments d'appareils d'association dans l'écorce télencéphalique, c'est-à-dire d'organes tributaires, quant à leurs fonctions, de l'existence de centres de projection. Que l'élaboration des sensations soit accompagnée de ces états internes que nous connaissons directement, états susceptibles de tous les degrés de clarté ou d'obscurité consciente, c'est-à-dire de connaissance, je ne saurais le mettre un seul instant en doute. Le subconscient et l'inconscient apparents, ou plutôt réels, du moins par rapport au siège actuel, centralisé, de la conscience générale d'un organisme, de sa cénesthésie, si celle-ci existe encore, comme chez les vertébrés supérieurs, impliquent de la conscience antérieure, sinon primitive, de quelque nature qu'elle ait été. Les réflexes et les actes les plus automatiques, inconscients pour le télencéphale, ont été et peuvent redevenir conscients, même dans les machines vivantes dont les rouages jouent séculairement avec le plus de facilité et de sûreté, tels que les systèmes nerveux des hyménoptères.

Voilà mon interprétation des faits les plus élémentaires du mécanisme nerveux de ces poissons, de ces amphibiens, de ces reptiles, dont l'étude constitue désormais le fondement d'une psychologie vraiment scientifique. Grâce à une expérimentation méthodique, la vérification de ce que j'avance et pose en principe demeurera toujours possible. La conscience, à tous ses degrés, en tant que simple phénomène d'accompagnement des processus nerveux, ne saurait d'ailleurs modifier en quoi que ce soit le déterminisme absolument fatal de l'enchaînement des phénomènes, et c'est une vue très juste, très légitime, d'écarter résolument comme l'a fait Edinger après Descartes, l'intervention d'un simple état de l'organisme, non d'une force ou d'un être, dans l'explication des mécanismes de la vie.

REVUE D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES.

I. **Malformation congénitale de l'oreille**; par Hugh Kerr. (*The Journal of Mental Science*, juillet 1899.)

Il s'agit d'une jeune femme de vingt-cinq ans, ayant une double hérédité mentale très accentuée entrée à l'asile avec des idées de persécution, et qui présentait une malformation curieuse de l'oreille droite : les seules parties existantes de l'oreille externe sont le lobule, le tragus et l'antitragus; le lobule est à peu près normal, mais son bord supérieur se fond obliquement avec la peau; à sa partie supérieure et antérieure, on sent un peu de cartilage qui correspond à l'antitragus : le tragus est plus petit que d'ordinaire. Le conduit auditif est représenté par un étroit canal ou méat, en cul-de-sac, et qui laisse tout juste pénétrer à environ 3 8 de pouce un stylet ordinaire. L'oreille tout entière se meut librement avec la peau. L'oreille gauche est normale et entend très bien ; mais la malade est absolument sourde de l'oreille droite.

R. de Musgrave-Clay.

II. **Un cas de décomposition rapide avant et après la mort**; par E. B. Wihtcombe. (*The Journal of Mental Science*, octobre 1899).

Il s'agit d'un homme de trente-neuf ans, admis à l'asile en février 1898, atteint d'une paralysie générale qui se termina rapidement : le 14 octobre, le malade parait souffrant, sa respiration est courte, on l'examine et on ne trouve rien de particulier, néammoins on le met au lit à trois heures: à sept heures, l'auteur va le voir, la jambe gauche avait doublé de volume, sa surface était noire et couverte de bulles de la grosseur du poing : la putréfaction commençait. Le malade mourut une heure plus tard. Quatorze heures après la mort le corps tout entier avait doublé de volume et on se serait cru en présence du cadavre d'un nègre. L'autopsie pratiquée par le professeur de médecine légale donna des résultats nuls, à cause de l'état de putréfaction du cadavre.

Ce cas présente un intérêt particulier au point de vue médico-légal; en effet, un expert commis par la justice, n'aurait pas hésité à faire remonter à trois ou quatre semaines un décès qui datait en

réalité de seize heures. Il est regrettable que l'examen bactéréologique n'ait pas été fait. R. DE MUSGRAVE CLAY.

III. **La méthode d'Unna au bleu de méthylène polychrome**; par T. ALDOUS CLINCH. (*The Journal of Mental Science*, juillet 1899.)

Courte note sur les avantages de cette méthode accompagnée de détails sur sa technique. R. de MUSGRAVE-CLAY.

IV. **Écoulement spontané par le nez de liquide cérébro-spinal**; par W. FREUDENTHAL. (*The New-York Médical Journal*, 31 mars 1900.)

Il s'agit d'un fait extrêmement rare : des cas de ce genre ont été quelquefois confondus avec l'hydrorrhée nasale dont il convient de les séparer nettement. L'étude la plus complète qui ait été publiée sur la question est celle de Saint-Clair Thomson, de Londres.

M. Freudenthal rapporte d'abord l'observation d'un cas analogue par l'écoulement à celui qui sert de base à ce travail : c'est celui d'une femme de vingt-neuf ans qui depuis cinq ans a tous les matins des éternuments à la suite desquels son nez commence à couler abondamment; quelquefois c'est un véritable filet d'eau qui s'en échappe, et dont la quantité atteint quelquefois quatre onces. L'examen de ce liquide montra qu'il s'agissait d'une véritable hydrorrhée nasale, sans lésion du nez, et paraissant d'origine purement nerveuse.

Le cas que l'auteur décrit dans le présent travail est tout différent : La malade a cinquante ans; il y a deux ans, après une bronchite, son nez s'est mis à couler sans relâche : un an auparavant elle s'était plainte de douleurs frontales au-dessus de la racine du nez. La sensibilité qui était très émoussée parut se réveiller avec l'apparition de l'écoulement; l'ouïe surtout devint meilleure, mais elle perdit l'odorat. Après une bronchite fébrile, l'écoulement diminua, et la sensibilité générale redevint obtuse : elle était agitée nerveuse, et cependant indifférente à tout. Elle redevint elle-même quand l'écoulement nasal recommença : elle mouillait plus de 20 mouchoirs par jour, et l'écoulement persistait jour et nuit, augmentant quand elle penchait la tête en avant; ou quand elle se couchait à plat-ventre. Si elle se couchait sur le dos, l'écoulement s'arrêtait, mais elle toussait car le liquide passait dans sa gorge. L'auteur a pu constater que, à un moment où l'écoulement s'était interrompu, il existait des signes de compression du cerveau.

Quelle est la lésion qui peut donner lieu à cet écoulement nasal qui dure depuis plus de deux ans, et dont la suppression passagère

donne régulièrement naissance à des symptômes cérébraux graves. Il y a donc quelque chose qui comprime le cerveau, et l'on a toutes les raisons possibles de supposer que c'est une tumeur : ces symptômes se seraient aggravés, si la nature n'était venue au secours de la malade en ouvrant un passage au liquide cérébro-spinal : Il est probable que la tumeur siège au niveau du chiasma des nerfs optiques ; la névrite optique qui a été constatée plaide en faveur de cette localisation. Cette hypothèse admise, il est évident que le liquide qui s'écoule ne peut être que du liquide céphalo-rachidien la continuité de l'écoulement vient à l'appui de cette manière de voir (l'hydrorrhée nasale s'arrête la nuit). L'analyse chimique a démontré (surtout par la proportion du sucre) qu'il s'agissait bien de liquide cérébro-spinal.

Quant à la voie suivie par le liquide, il est vraisemblable sans qu'on en ait la preuve formelle, que le passage s'effectue au travers de la lame criblée de l'ethmoïde.

Il est assez curieux de remarquer que l'écoulement se fait presque toujours par la narine gauche ; la malade dont il vient d'être question ne faisait pas exception à cette règle.

R. DE MUSGRAVE-CLAY.

V. **Les sentiments**; par Harry CAMPBELL. (*The Journal of Mental Science*, avril 1900.)

L'auteur divise son travail en deux parties, l'une psychologique, l'autre psycho-physiologique. Au début de la première il définit le sujet et les termes employés de la manière suivante : il est commode de considérer la partie mentale de l'homme, ou le moi, comme composé de sentiment, de volonté et de pensée : la pensée consiste à formuler les idées ; et tout processus mental ayant pour fin l'acte, nous appelons volonté ce qui détermine cet acte. Le mot sentiment (*feeling*) dans la pensée de l'auteur comprend les sensations et les émotions. Dans ce chapitre psychologique, l'auteur étudie plusieurs points intéressants : la différence considérable qui existe entre les divers individus au point de vue de la nature et de l'étendue de leurs sentiments ; la diversité de cette capacité à l'égard des sentiments au point de vue sociologique ; l'influence des sentiments sur les pensées et sur la conduite : Ce chapitre est résumé dans les conclusions suivantes : 1° Les sentiments comprennent les sensations et les émotions ; 2° les sensations sont les sentiments que l'on peut rapporter d'une façon précise au corps ; 3° les émotions qui sont en réalité composées de sensations, et particulièrement de certaines sensations ressenties dans les parties du corps ébranlées par les émotions, ne peuvent pas être nettement rapportées au corps, et c'est pourquoi on les appelle quelquefois « sensations de l'esprit » (*feelings of the Mind.*); 4° les émotions

composées de sensations (corporelles), lorsque celles-ci sont agréables, elles sont susceptibles d'éveiller des émotions agréables, et inversement ; 5° les divers individus présentent des différences considérables dans leur capacité de sentir, qu'il s'agisse de simples sensations ou de simples émotions ; 6° cette différence dans la capacité de sentir a pour effet : *a*) de déterminer de la diversité dans les dispositions que l'on observe chez les hommes, et *b*) d'empêcher les hommes de se comprendre d'une manière satisfaisante, et par là elle devient la cause de beaucoup de froissements et de malentendus sociaux ; 7° ceux qui n'ont qu'un pouvoir limité de sentir sont limités aussi dans leurs sympathies et ne possèdent que peu la nature humaine ; et réciproquement ; 8° Il est important pour le médecin de prendre contact avec la manière de sentir du malade, sans quoi il ne réussira pas à bien saisir le cas qui lui est soumis et pourra ignorer des indications précieuses pour le traitement ; 9° de même que les sensations tendent à éveiller des sensations en harmonie avec elles-mêmes, ainsi les sentiments en général (sensations et émotions réunies) tendent à provoquer des idées conforme à leur propre nature : les sentiments agréables éveillent des idées agréables, et inversement : d'où la grande influence des sensations corporelles sur les pensées ; 10° les sentiments influent sur la conduite : la vie consciente, vue de haut, est un effort perpétuel pour obtenir des sentiments agréables et pour en éviter de pénibles ; 11° de toutes ces données il résulte évidemment que les sentiments constituent une portion très considérable de la personnalité mentale, ou du Moi.

Dans le deuxième chapitre de ce travail, consacré à la psychophysiologie, l'auteur étudie successivement la genèse des sensations, les différentes sortes de cœnesthésie, les stimulants chimiques, la classification de ces stimulants suivant l'influence qu'ils exercent sur la cœnesthésie, les rôles respectifs du tissu nerveux et des stimulants chimiques dans la détermination de la cœnesthésie et il propose les conclusions suivantes : 1° l'instrument nerveux sensoriel, en d'autres termes la partie du système nerveux qui concerne la sensation, peut être comparée à un orgue : l'écorce sensorielle est représentée par les tuyaux, et les organes sensoriels terminaux par le clavier : quand on joue sur le clavier de l'orgue, il en résulte de la musique ; quand on joue sur le clavier sensoriel il en résulte des sensations ; 2° si l'on frappe sur certaines notes du clavier sensoriel (rétine, épanouissement du nerf auditif) on éveille des sensations intellectuelles (sensation de la vue, de l'ouïe) ; si l'on frappe sur les autres notes, on éveille des sensations qui, relativement, ne sont ni spécialisées ni intellectuelles, et qui, collectivement, constituent une corde sensorielle volumineuse que nous appelons la cœnesthésie, ou sens de l'existence corporelle ; 3° il y a bien des variétés de cœnesthésie ; mais on peut sommairement

les diviser en deux catégories : *a*) sensation de bien-être ; *b*) sensation de malaise ; 4° dans le chapitre psychologique on a montré comment les sensations influencent ces émotions, et comment les sensations et les émotions associées influencent la pensée et la conduite. Aussi, lorsque la cœnesthésie est agréable, c'est-à-dire lorsqu'il existe une sensation de bien-être, on voit apparaître une émotivité agréable et des pensées heureuses ; mais si la cœnesthésie est douloureuse. c'est-à-dire s'il y a malaise, les émotions deviennent pénibles et les pensées tristes ; 5° les agents qui en jouant sur le clavier sensoriel, déterminent la cœnesthésie consistent la plupart du temps en stimulants chimiques circulant dans les liquides de l'organisme ; 6° les agents de stimulation peuvent être divisés sommairement en agents stimulants et toniques d'une part, et en agents déprimants d'autre part : si les premiers prédominent, la cœnesthésie est agréable ; si les derniers sont en excès, elle est pénible ; 7° de tout ce qui vient d'être exposé, il résulte que la cœnesthésie ne dépend pas uniquement de la constitution de l'instrument sensoriel, mais aussi de la manière dont on joue de cet instrument, c'est-à-dire de la quantité et de la nature des stimulants chimiques existant dans les liquides organiques ; et puisque ce facteur est déterminé par le métabolisme du corps vis-à-vis du monde extérieur, il en résulte que la cœnesthésie dépend dans une large mesure de ce métabolisme ; 8° et enfin puisque la cœnesthésie exerce une influence sur les émotions, la conduite et la pensée, il en résulte que le moi, qui est la trinité du sentiment, de la volonté et de la pensée, est, dans une large mesure, déterminé par le métabolisme du corps vis-à-vis du monde extérieur.

R. DE MUSGRAVE CLAY.

VI. La psychologie nouvelle ; par Henry MAUDSLEY.
(*The Journal of Mental Science*, juillet 1900.)

Ce travail est un discours prononcé à la réunion de l'Association médico-psychologique.

L'auteur s'y est proposé de considérer deux genres nouveaux de recherches : 1° l'étude systématique de l'esprit de l'enfant ; 2° les études dites psycho-physiques.

1° *Psychologie des enfants.* — On a consacré à cette étude beaucoup d'attention et beaucoup de soin, dans l'espoir de fonder sur les données ainsi obtenues une psychologie positive. On a essayé d'interpréter les opérations mentales des nouveau-nés et des jeunes enfants ; malheureusement toute interprétation suppose un interprète possédant également la langue qu'il traduit et celle dans laquelle il traduit : l'homme fait qui essaye de connaître la mentalité de l'enfant est-il bien capable, avec sa pensée et ses sentiments mûris et conscients, de concevoir ce qui se forme à peine

et ce qui est à peine conscient dans un esprit sans maturité ? Il est exposé à lire dans l'esprit de l'enfant ce qui est dans le sien. A vrai dire le seul moyen de savoir ce qui se passe dans l'esprit d'un enfant, ce serait de pénétrer dans le cerveau de l'enfant, sans être l'enfant, ce qui est impossible même à un métaphysicien.

Il est naturel de croire que l'expression d'une pensée ou d'un sentiment a chez l'enfant la même signification que l'expression d'une pensée ou d'un sentiment similaire chez l'adulte : il n'en est rien pourtant, et il s'en faut de toute la différence qui sépare un esprit qui se forme d'un esprit formé. Dans l'esprit en voie de formation, le mot comme l'idée ou le sentiment qui lui sont sous-jacents, est simple, unique, sans associations, nu, pour ainsi dire, tandis que dans l'esprit mûri, il est compliqué, il repose sur des couches superposées d'expériences, il a des connexions intimes et enchevêtrées : l'homme qui prononce ce mot ou qui l'entend prononcer par l'enfant, sent s'éveiller en lui, clairement ou obscurément toute une foule d'associations conscientes ou inconscientes. Peut-il faire les corrections nécessaires ? Non, il lui faudrait mutiler son esprit, et, même cela, il le faudrait faire dans une mesure qu'il ignore Il est aussi incapable de penser comme l'enfant que de marcher ou de parler comme lui. La vérité c'est que si l'esprit de l'enfant paraît simple et innocent, s'il va droit au but, c'est que l'enfant n'a pas à proprement parler de mentalité ; sa réaction vis-à-vis d'une impression est directe, unique, sans obstacles, parce qu'elle n'est ni entravée par des associations modificatrices, ni viciée par des erreurs et des préjugés conventionnels. Mais ce que l'enfant peut posséder de mentalité est plutôt laid et vicieux ; voyez sa colère, son égoïsme, son despotisme ; si sa force correspondait à ses volontés le bébé serait la plus dangereuse des bêtes féroces. Tout cela diffère singulièrement des qualités de l'enfant idéal, mais tout cela constitue les véritables attributs du bébé réel, et il est naturel qu'il en soit ainsi, puisqu'il est le produit de l'être le plus puissant le plus tyrannique et le plus égoïste du monde.

On voit que la méthode qui consiste à étudier la psychologie de l'enfant nouveau-né ou très jeune est vicieuse dans son essence, et ne doit par conséquent donner que des résultats en grande partie stériles. La méthode qui consiste à étudier la psychologie des animaux est naturellement passible des mêmes objections encore renforcées. M. Maudsley conclut que le meilleur moyen se rendre compte de l'origine, de l'accroissement, du fonctionnement primitif de l'esprit de l'enfant, ne consiste pas à employer la méthode d'intuition psychologique ; mais bien, d'abord, à se servir de la méthode biologique qui remonte progressivement à l'origine de l'esprit pour en suivre le développement jusqu'aux complications progressives les plus élevées de structure et d'activité le long de l'échelle animale ascendante ; — et ensuite à observer directement

les formations et les associations successives des mouvements de l'enfant dans leurs rapports bien définis avec les objets, ainsi que ses sensations.

2° *Psychophysique.* — Passant à la seconde partie de son sujet, l'auteur s'occupe de la méthode des recherches psychophysiques et se demande ce qu'elle obtient, ce qu'elle espère obtenir, et ce qu'elle ne peut pas espérer obtenir : en d'autres termes il se demande s'il y a une limite à ses ambitions, car on a parfois soutenu qu'il n'y en avait pas. Au-dessous de tous les actes mentaux, il y a des courants ou des ondulations très subtiles d'énergie nerveuse de nature encore inconnue, mais qui, comme tous les mouvements physiques sont influencés par les états physiques. On a toujours dit de la sensation qu'elle etait vive ou obtuse; de la pensée, qu'elle était rapide ou lente; et si l'on songe au sens dérivé des termes même employés en psychologie (émotion, reflexion, délibération) on s'aperçoit que leur origine et leur sens primitif sont absolument physiques. On sait parfaitement aussi que les facultés mentales diffèrent chez des sujets différents, ou chez un même sujet à des moments différents.

Des causes extérieures à l'organisme, aussi bien que des causes intérieures influencent la rapidité de la pensée ou la qualité des sensations : un orage peut éclaircir ou une tourmente de neige obscurcir l'atmosphère mentale aussi bien que l'atmosphère physique. Sans doute ce sont là des faits bien connus et d'expérience commune et familière : mais les psychologues les passaient sous silence comme attentatoires à la majesté de l'intelligence humaine Mais actuellement les choses changent rapidement de face. Les expériences précises par lesquelles on a déterminé et mesuré les conditions physiques de la sensation et de la pensée, ont fait descendre la psychologie des sphères élevées de la spéculation dans le domaine positif de l'observation et de l'expérimentation; mais il ne faudrait pas non plus trop se hâter, ni ouvrir trop de laboratoires dits de psychologie; on pourrait se souvenir que la physiologie des sens, dans le grand ouvrage de Müller, est en grande partie psychologique, et la plupart des expériences actuelles dites de psychologie sont en grande partie physiologiques : c'est que, en effet, la physiologie et la psychologie ne sont pas réellement séparées dans la nature, mais seulement pour la commodité de la pensée humaine.

On peut reconnaître les avantages de la méthode expérimentale en psychologie sans conclure immédiatement que tout ce qui a été fait jusqu'ici est mauvais, et aussi sans se dissimuler les difficultés qu'elle va rencontrer. Supposons par exemple que l'on détermine exactement chez deux personnes différentes la durée d'un même processus mental par la notation rigoureuse de son commencement et de sa fin : on n'aura tranché que la question de vitesse,

sans être renseigné sur les modalités spéciales du trajet : deux trains peuvent partir au même instant pour un même point, et y arriver au même moment en ayant suivi des routes différentes. Plus importante et moins facile encore à calculer, est l'équation personnelle.

Les variations individuelles sont si étendues dans les expériences les plus simples (tous les médecins constatent ce fait, en thérapeutique courante, par l'inégale action des médicaments et des doses) que l'on n'entrevoit guère comment la multiplication des mensurations mécaniques élargira beaucoup le cercle de nos connaissances. On objecte qu'on évite les causes d'erreur en expérimentant un grand nombre de fois sur la même personne et en prenant des moyennes ; cela serait bien si la « même personne » restait effectivement la « même personne » d'un jour à l'autre ; mais on sait bien qu'il n'en est pas ainsi. En fin de compte, c'est au substratum physique, et non à l'état mental lui-même que s'attaquent les mensurations les plus ingénieuses et les plus délicates L'auteur conclut que l'homme est un ensemble trop vaste, trop complexe et trop mystérieux pour qu'une méthode unique de recherche — qu'elle soit chimique, physique, pathologique, microscopique ou psycho-physique — parvienne à le débrouiller, et qu'il reste encore place et besogne pour les vieilles méthodes d'investigation ; il est seulement regrettable qu'elles ne soient pas employées d'une manière plus suivie et plus systématique. Il ne manque pas de travail pour toutes les méthodes d'étude de l'esprit qui reposent sur des bases rationnelles : « ayez pour but défini, dit, en terminant, M. Maudsley, l'étude d'une organisation mentale concrète, et travaillez à cette étude, d'une manière précise et progressive, par l'observation des faits ; et parmi ces faits n'en excluez aucun, sachant que finalement, leurs résultats doivent nécessairement s'harmoniser. » R. DE MUSGRAVE CLAY.

VII. Un cas de méningo-myélite tuberculeuse avec autopsie; par J. CROCQ. (*Journal de Neurologie*, 1901, n° 4.)

Il s'agit d'un enfant de dix ans qui présentait une paralysie complète des membres inférieurs avec abolition des réflexes tendineux, incontinence d'urine et des matières etc. A l'autopsie ontrouva la cervelle entourée d'une gaine gélatiniforme constituée par une multitude de petits tubercules miliaires qui remontait jusqu'à la base du cerveau.

L'examen histologique de la moelle a démontré l'existence de lésions inflammatoires de la substance blanche et de la substance grise plus marquées au niveau de la région lombaire et allant en décroissant de la périphérie au centre.

Les méninges contenaient également un nombre considérable de

vaisseaux gorgés de globules rouges, entourés d'une hyperdiapédèse excessive. Les globules blancs serrés les uns contre les autres au voisinage des vaisseaux infiltraient en masses considérables tous les espaces libres ; au sein de ces masses on rencontrait de nombreux tubercules à des stades différents de leur évolution. Les ganglions spinaux étaient également le siège de lésions inflammatoires et on y constatait en outre un certain degré de prolifération des cellules fines des capsules endothéliales. G. DENY.

VIII. **Dissociation et antagonisme de réflexes tendineux et cutanés;** par J. CROCQ. (*Journ. de Neurologie*, 1901, n° 3.)

De l'examen d'un certain nombre de malades présentant la dissociation des réflexes tendineux et cutanés l'auteur a été amené à conclure que dans la paralysie spasmodique s'il y a toujours une exagération des réflexes tendineux il n'est pas exact, comme le prétend von Gehuchten qu'il y ait *toujours* une abolition complète des réflexes cutanés : ceux-ci sont tantôt affaiblis, tantôt forts. Les modifications des réflexes cutanés n'auraient donc pas une valeur pathognomonique aussi précise que le soutient von Gehmhten et la seule constatation de ces modifications ne saurait suffire pour affirmer l'existence d'une lésion médullaire. Les réflexes cutanés sont en effet trop variables chez les différents individus et aussi chez le même individu suivant le moment où on l'examine, pour qu'on puisse toujours reconnaître avec certitude quand ces réflexes cessent d'être normaux. Quant au réflexe *inguinal* décrit chez la femme par von Gehuchten il ne serait pas l'homologue du réflexe crémastérien chez l'homme, et pourrait s'observer dans les deux sexes. Afin d'éviter cette confusion, M. Crocq le désigne sous le nom de réflexe *inguino-abdominal*. G. DENY.

IX. **A propos de certaines modifications nucléaires du muscle;** par les Drs DE BUCK ET DEMOOR. (*Journal de Neurologie*, 1901, n° 3.)

En examinant des coupes de muscles de la patte d'un lapin, ayant reçu du virus rabique dans le bout périphérique du nerf sédatique, les auteurs constatèrent la présence d'un grand nombre de conglomérats nucléaires, aussi bien à l'intérieur des fibres atrophiés, mais ayant conservé leur striation, qu'au milieu du périmysium interne. Les fibres musculaires ont donc réagi à la section du sciatique et peut-être en partie à l'irritation déterminée par le virus rabique, par la multiplication directe de leurs noyaux. Mais d'après MM. Buck et Demoor, ce phénomène a été arrêté par la présence de la toxine rabique d'où le processus anormal de la division directe incomplète, c'est-à-dire la formation de noyaux géants, processus analogue à celui de la formation de certaines

cellules géantes, des myocaryocytes rencontrés dans des états pathologiques d'autres tissus. Le début du processus est intramusculaire, mais quand les masses deviennent trop grandes, la fibre atrophiée ne parvient plus à les loger et elles font hernie dans le périmysium. G. DENY.

X. **Tactiomètre. Instrument propre à déterminer la sensibilité du toucher** ; par O. O. MOTSCHOUTKOWSKY. (*Obozrénié psichiatrii*, III, 1898.)

Petite râpe à compartiments numérotés, dans lesquels les grains sont de volumes inégaux et diversement éloignés les uns des autres. P. KERAVAL.

XI. **Des centres myosiques et accommodateurs de l'écorce cérébrale** ; par W. de BECHTEREW. (*Neurolog. Centralblatt*, XIX, 1900.)

Confirmant son mémoire russe de l'*Obozrénié psichiatrii* de 1899, le professeur rappelle que, dans la partie postérieure de l'écorce du cerveau des singes, il a trouvé : immédiatement en avant du sillon inférieur ou externe de la scissure perpendiculaire externe (pariéto-occipitale externe), un centre, dont l'excitation détermine le rétrécissement des deux pupilles, avec déviation simultanée des yeux en bas et en dedans, l'œil du même côté se portant un peu plus en dedans que l'œil du côté opposé. Dans la région pariétale, immédiatement en avant de l'extrémité supérieure ou interne de la scissure de Sylvius, après sa réunion avec le sillon temporal supérieur, c'est-à-dire sur le pli courbe, existe un second centre de rétrécissement des pupilles, avec déviation des yeux en haut et un peu du côté opposé.

Ce sont *deux centres myosiques*, à innervation bilatérale, l'excitation agissant à la fois sur les deux pupilles, quoique à un moindre degré. Chacun d'eux a, à côté de lui, un centre *dilatateur des pupilles* : l'un d'eux occupe le voisinage immédiat de l'extrémité externe de la scissure pariéto-occipitale, il dévie en même temps les yeux dans un sens opposé : l'autre, sur le pli courbe, dilate les pupilles, et fait diverger les axes oculaires, comme pour la vision de loin. Tous ces centres possèdent manifestement des relations directes avec les fonctions optiques des hémisphères et doivent être pris en considération pour juger des réflexes psychiques de Haab et Pilz.

Le centre dilatateur des pupilles qui occupe le bord antérieur du lobe occipital, doit simultanément tendre l'accommodation des yeux ; du moins dans son voisinage immédiat doit-il se trouver un centre destiné à l'accommodation. Bielitzki vient de le trouver

chez le chien. Il introduit par les parties externes des deux cornées des aiguilles dans les capsules cristalliniennes : toute modification du cristallin se manifeste alors par un déplacement de la hampe de l'aiguille qui indique les conditions de la tension de l'accommodation des globes occulaires. Si l'on faradise le cerveau, on constate que les centres de l'accommodation du chien sont situés dans les régions postérieures de l'écorce des hémisphères cérébraux.

P. Keraval.

XII. **Contribution à l'étude de la pensée qui prend la forme de voix**; par A. Pisniatschewski. (*Obozrénié psichiatrii*, III, 1898.)

Si le délirant chronique est le jouet de l'hallucination psychomotrice, il est des gens qui ont à l'égard de ce phénomène la même attitude qu'on a à l'égard d'illusions auxquelles on ne croit pas, mais cela est rare. Ce genre de voix se rencontre dans la folie systématisée, dans la folie périodique, chez les hystériques, les paralytiques, les déséquilibrés. En tous cas, toujours chez des dégénérés. Toutes nos observations concernent des psychoses dégénératives, ou des lésions anatomiques grossières du cerveau susceptibles de s'y ajouter.

Ce phénomène pathologique ne s'accompagne pas toujours du même ton sentimental. Il n'affecte généralement pas le paralytique général moralement, le délirant systématique en est positivement empoisonné, l'hystérique peut y puiser un ton sentimental positif, comme dans une des observations du présent mémoire : cette femme conversait soi-disant, à tout propos, avec son ancien médecin dans sa pensée ; musicienne, elle percevait du reste réellement toute mélodie en dedans d'elle-même. Quelquefois, pour entendre sa pensée, le malade dit prêter attention : en d'autres cas, la résonnance est si précise qu'elle absorbe toute l'attention du sujet. Tantôt les aliénés s'en plaignent, tantôt ils la déclarent simplement, tantôt enfin ce sont leurs allures et leurs discours qui la trahissent : ainsi en est-il peut-être pour les déments, qui dialoguent souvent avec des interlocuteurs imaginaires.

P. Keraval.

XIII. **L'écriture de Léonard de Vinci; contribution à l'étude de l'écriture en miroir**; par Gilbert Ballet. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, n° 6, 1900.)

Tous les monuments du grand artiste et du grand savant que fut Léonard de Vinci sont écrits de droite à gauche, selon l'écriture dite *en miroir*. Ce mode d'écriture était donc habituel à Léonard. L'auteur veut démontrer dans ce travail que ce mode d'écriture était non seulement habituel mais normal, et point du tout

en rapport avec une mode raffinée du temps ni avec le souci de rendre des écrits inintelligibles pour les profanes. Il ressort bien en effet d'une observation personnelle très intéressante, que l'écriture *en miroir* est l'écriture normale des gauchers dont l'éducation n'a pas faussé la tendance naturelle. Or des témoignages de valeur permettent d'affirmer que Léonard de Vinci était gaucher, et ce que nous savons de son enfance et de son caractère autorise à admettre qu'il écrivit à l'envers, simplement parce qu'il était gaucher et qu'il avait appris à écrire sans maître et sans contrainte.

R. C.

XIV. De l'écriture en miroir et de sa signification physiologique : recherches expérimentales ; par IA. B. SCHNITZER. (*Obozrénié psichiatrii*, V. 1900.)

1° Chez l'enfant, l'écriture en miroir est un phénomène si fréquent, si naturellement vicariant, qu'il est impossible de le considérer comme un symptôme pathologique. Cette écriture n'est donc pas uniquement propre à ceux qui présentent un trouble marqué des facultés intellectuelles ; 2° elle est en revanche assez rare chez l'adulte, mais nous n'avons aucun élément, basé sur des faits, qui nous permette de la rattacher à des particularités physiologiques quelconques de notre système nerveux ; 3° l'anatomie ne nous fournit à son égard aucun point de repère, d'ordre pathologique ou physiologique. Elle dépend de causes tenant à l'individualité des écrivains. Tout dépend des moyens à l'aide desquels ceux-ci facilitent l'écriture inaccoutumée de leur main gauche.

Supposons qu'on soit obligé de faire avec la main gauche un travail qui s'exécute d'habitude avec la main droite, et qui exige des mouvements dans une seule direction, comme de tourner la manivelle d'un orgue. Nous appelons, par la pensée, à notre aide les leçons de notre main droite : les images des mouvements correspondants nous servent de guides pour mettre en mouvement la main gauche. C'est alors qu'apparaît l'aptitude individuelle à utiliser correctement ou non ces images. Celui-ci se représente les mouvements de la main droite dans leurs rapports avec le tronc et il les exécute servilement de la gauche : il n'atteint donc pas son but, puisqu'ainsi il ne leur donne pas la direction nécessaire. Celui-là emprunte ces mouvements à sa main droite, non dans leurs rapports avec le tronc, mais dans leurs rapports avec l'espace, il se rappelle, non pas tant les mouvements de la main que le résultat de ces mouvements, c'est-à-dire le sens dans lequel, par la pensée, se déplace tel ou tel appareil de la mécanique à faire mouvoir : le travail s'exécute parfaitement. Il en est de même pour qui essaie d'écrire avec la main gauche, mais la question d'*habitude graphique* intervient à son tour.

A. — Les gens *exercés* depuis longtemps *au mécanisme de l'écriture*, n'ont pas besoin du guide immédiat de la main droite, car tous ses mouvements, nécessaires à l'écriture, de même que les images optiques de toutes les configurations des lettres, sont solidement imprimés dans leur souvenir et sont toujours à leur disposition, pour servir en temps et lieu de guides à leur main gauche. Chez eux, l'écriture en miroir est absolument impossible, car le sujet, mis dans la nécessité d'écrire de sa main gauche, transporte et projette sur le papier, par la pensée, les figures de l'écriture, aussitôt qu'il s'en souvient, il contrôle donc rigoureusement les mouvements de sa main gauche, chaque trait, chaque lettre. C'est pourquoi les adultes et les gens sachant bien lire et écrire n'écrivent en miroir que dans des cas rares, exceptionnels. Ceux d'entre eux qui écrivent en miroir sont doués d'une attention faible et d'une mémoire visuelle affaiblie.

B. — Les gens *peu exercés à l'écriture*, enfants, ou adultes peu lettrés, ont une aptitude particulière à exécuter de la main gauche les travaux analogues à l'écriture. Par la pensée, ils mettent en position agissante leur main droite, et lui font effectuer les lettres nécessaires : alors seulement ils commencent à écrire de la main gauche. Et, selon les combinaisons mentales qu'ils adoptent, les uns écrivent correctement, les autres écrivent en miroir. Tels ne voient mentalement que les diverses positions de la main droite par rapport au tronc, et, les imitant de la main gauche, ils aboutissent à l'écriture en miroir. D'autres se guident sur les mouvements de la main droite par rapport, non au tronc, mais au plan sur lequel ils écrivent, ils reproduisent non pas tant les mouvements de la main que les résultats de ces mouvements par la pensée, les motifs intellectuels de ces mouvements : leur écriture est normale. Ce raisonnement exige de l'écrivain une beaucoup plus grande attention, une bien plus grande énergie intellectuelle que la première combinaison, c'est pourquoi l'écriture en miroir s'observe principalement chez l'enfant, et chez l'enfant jeune, plus souvent chez la fillette que chez le petit garçon [1]. P. Keraval.

XV. **Des lésions de la corne d'Ammon dans l'épilepsie**; par Mme P. I. Borozdine-Rosenstein, et S. Ia Lioubimow. (*Obozrénié psichiatrii* V, 1900.)

Dix observations, avec autopsies et examen microscopique, de malades d'hospice d'enfants trouvés : commémoratifs nuls ou

[1] Voir dans les *Comptes rendus de la section de Neurologie du Congr. intern. de médecine* de 1900, deux intéressantes communications de MM. Gilbert, Ballet et Sollier, p. 60 et 61.

vagues. Dans l'observation IV, le père semble avoir été aussi épileptique; dans l'observation VII, les excès alcooliques sont niés. Dans toutes les observations, sauf la septième, les attaques avaient commencé dès l'enfance : dans celle-ci, elles avaient débuté à trente ans, sans cause appréciable. Les observations IX et X montrent des lésions de la corne d'Ammon, dans la paralysie progressive des aliénés et la démence secondaire, sans attaques d'épilepsie. Dans la dernière, la corne faisait une grosse saillie dans le ventricule. Dans toutes les observations il y avait altérations microscopiques des cornes d'Ammon, qui, généralement avaient marché de pair avec des altérations d'autres parties de l'écorce du cerveau. Toutes elles dépendent de causes générales particulières à l'épilepsie. Les lésions des cornes d'Ammon ne sont pas primitives, elles ne sont pas génératrices de l'épilepsie, quoi qu'en ait dit M. Chaslin, en 1890 : ce sont bien ses lésions qui ont été retrouvées ici. P. KERAVAL.

XVI. Le phénomène de la chromatolyse après la résection du nerf pneumogastrique; par Ch. LADAME. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, nos 4, 5, 6, 1900.)

L'auteur passe en revue détaillée tout ce qui intéresse la morphologie de la cellule nerveuse : 1° méthodes de recherches, méthode de Nissl, modifications de von Gehuchten, procédé de l'auteur ; 2° anatomie fine de la cellule nerveuse, phénomènes de la chromatolyse en général. Après cet exposé, il nous donne l'enchaînement des recherches très minutieuses auxquelles il s'est livré sur le chien, le lapin et le chat et qui lui ont permis de suivre les différentes phases du phénomène de la chromatolyse ; ces recherches l'ont conduit aux conclusions suivantes :

1° La chromatolyse des ganglions plexiformes et des noyaux bulbaires du vague est un phénomène constant après la résection du nerf pneumogastrique ou vago-sympathique (chien) au cou;

2° La chromatolyse est caractérisée par la désagrégation et la fonte des blocs chromatiques et par la fonte du noyau ;

3° La turgescence n'est nullement un phénomène régulier de la chromatolyse ;

4° Chez le chien au 122e jour et chez le chat au 147e jour après la résection du vague, le noyau dorsal pathologique de la 10e paire ne présente pas de diminution dans le nombre de ses éléments;

5° Le chien au 22e et au 122e jour présente la chromatolyse dans le ganglion dont le nerf n'a pas été lésé aussi bien que dans celui dont le pneumogastrique a été réséqué ;

6° La vacuolisation est une des formes du processus de dégénération cellulaire. R. C.

XVII. **Recherches cytométriques et caryométriques sur les cellules radiculaires motrices après la section de leur cylindre-axe**; par MARINESCO. (*Journ. de neurologie*, 1901, nos 5 et 6.)

Les recherches exposées dans ce travail montrent que les phénomènes de réaction et de réparation des cellules nerveuses après la section de leur cylindre-axe présentent une très grande variété suivant le niveau de cette section, suivant que les neurones ont un long ou court trajet et suivant l'étendue du nerf réséqué.

La condition de la réparation complète est la régénérescence du nerf sectionné. Un neurone ne peut vivre qu'à la condition d'avoir l'intégrité de ses prolongements et lorsqu'une cellule perd son cylindreaxe d'une manière définitive, comme il arrive dans les cas de résection avec une grande perte de substance, elle finit par disparaître.

Les recherches de M. Marinesco mettent en outre en valeur la participation du noyau et du nucléole de la cellule nerveuse aux processus de réaction et de réparation, après les solutions de continuité du cylindre-axe.

Elles montrent enfin, qu'il y a une association réactionnelle des parties constituantes de la cellule, car lorsque le corps cellulaire s'hypertrophie, le noyau et le nucléole subissent les mêmes phénomènes et *vice-versâ*. G. DENY.

XVIII. **De l'état des réflexes chez les syphilitiques**; par le Dr BINET-SANGLÉ. (*Journ. de neurologie*, 1901, n° 9.)

Une enquête faite sur l'état des réflexes de 13 syphilitiques appartenant à un régiment du génie a donné les résultats suivants : abolition du réflexe pharyngien (2 fois), du réflexe oléocranien (3 fois), du réflexe abdominal (1 fois), du réflexe patellaire (5 fois). Dans un certain nombre d'autres cas, les réflexes étaient seulement diminués. En somme, il semble résulter de ces recherches que les réflexes sont toujours modifiés chez les syphilitiques, ce qui permet de supposer que le poison syphilitique agit d'une façon précoce sur les neurones et particulièrement sur les prolongements cylindreaxiles du protoneurone centripète où commencent et où prédominent les lésions nerveuses du tabes. Mais avant d'adopter cette conclusion, il serait nécessaire d'étudier les réflexes chez les sujets non syphilitiques du même âge et de la même constitution que les précédents. G. DENY.

XIX. **Contribution à la casuistique des tumeurs du système nerveux central**; par MICHELZZI. (*Il Morgagni*, 1900, mars.)

Résumé de trente cas de tumeurs cérébrales avec autopsie.

L'auteur les fait suivre de quelques considérations sur la symptomatologie de quelques cas, les relations entre les symptômes et la localisation de la tumeur, enfin sur la possibilité d'une intervention. L. D.

XX. **Des réflexes vaso-moteurs, dans l'érythromélalgie** ; par Cavazzani et Bracci. (*Il Morgagni*, 1900, janvier.)

Les auteurs ont eu l'occasion d'examiner à la clinique de Pise un cas d'érythromélalgie typique qui leur a permis de prendre des tracés plétismographiques.

Dans les antécédents ils ont relevé une infection malarienne ancienne avec hyperthrophie de la rate. L'action du sulfate de quinine ayant amené la guérison de l'érythromélalgie en même temps que la disparition de la tumeur splénique, les auteurs croient, au moins dans ce cas particulier, à l'influence étiologique du paludisme — pas de syphilis — ; comme cause déterminante, à l'action du froid humide.

Les phénomènes douloureux et les troubles trophiques précèdent de longtemps les troubles vaso-moteurs. La position déclive des membres provoquant les accès, démontre la faible tonicité des vaisseaux sanguins qui se révèle dans les tracés plétismographiques par la présence des ondes respiratoires. Ces tracés indiqueraient, en outre, une hyperesthésie des vaisseaux ou des tissus limitrophes dont l'irritation provoquerait les accès à la façon de phénomènes réflexes. Toutefois, il faut admettre, en outre, une hyperexcitabilité des centres algiques et vaso-moteurs dont l'origine, selon les auteurs, serait l'action toxique lente et prolongée de produits anormaux de la nutrition, troublée par l'infection paludique chronique. On sait du reste combien cette infection est apte à produire des troubles névralgiques et vaso-moteurs de diverse nature.

Quant au mécanisme de ces troubles vasculaires, les auteurs ne pensent pouvoir invoquer une paralysie des centres ou des nerfs vaso-constricteurs qui réagissent très énergiquement à toute excitation. Il y a une diminution du tonus vasculaire qui peut persister après la guérison et n'a pas, par conséquent, une grande influence dans la production des accès.

L'accès doit donc être considéré comme un processus de vaso-dilatation active et l'affection pourrait être définie : névrose vaso-motrice à type névralgique avec hypotonicité du système vaso-constricteur et hyperexcitabilité des centres vaso-dilatateurs. L'érythromélalgie serait donc la contre-partie exacte de la maladie de Raynaud. Travail intéressant dont les conclusions ne reposent que sur un seul cas. L. Delmas.

XXI. **Les altérations du système nerveux central dans l'intoxication par le bromure de potassium, la caféine, la picrotoxine, l'uré et le chlorure de potassium**; par PORTIOLI. (*Il Morgagni*, 1899, octobre.).

Travail du laboratoire de pathologie expérimentale de l'Université de Bologne. L. D.

XXII. **Des effets du suc de capsules surrénales sur les animaux décapsulés**; par FABAZZI. (*Il Morgagni*, 1900, mars.)

L'auteur a pratiqué une série d'expériences sur le lapin : non opéré, décapsulé d'un côté, privé de ses deux capsules ; dans chacune de ces trois séries, quelques lapins ayant été gardés comme témoins, les autres reçurent dans la veine marginale de l'oreille des injections du suc capsulaire à dose plus ou moins considérable, et à des moments plus ou moins éloignés de la décapsulation. Il a été amené à formuler les conclusions suivantes :

La décapsulation, en un temps ou en deux, amène toujours la mort après un temps qui varie d'après la résistance individuelle. De petites doses de suc capsulaire produisent des troubles respiratoires et circulatoires qui deviennent mortels avec des doses plus élevées et s'accompagnent alors de lésions des centres nerveux.

Contrairement à l'opinion de Cybulsk, des doses répétées de 20-30 centigrammes n'aboutissent pas à l'immunisation de l'animal, mais s'accumulent et amènent la mort. L'ablation d'une capsule est compatible avec la vie ; l'autre s'hypertrophiant a une action vicariante. L'animal décapsulé survit plus longtemps s'il ne reçoit pas d'injections de suc capsulaire. Quant aux troubles observés pendant la vie : respiratoires, circulatoires, thermiques et nerveux, et aux lésions des centres nerveux, l'auteur reconnaît qu'il est difficile en l'état d'en donner une interprétation satisfaisante. L. D.

XXIII. **Sur le développement de l'hypophyse et les rapports primitifs de la corde dorsale et de l'intestin**; par le professeur U. ROSSI. (*Lo Sperimentale*, t. IV, 2, 1900.)

Des recherches qu'il a entreprises sur des larves de diverses espèces des genres Rana et Bufo, à différents stades de développement, l'auteur conclut que, au moins chez les batraciens anoures l'endoderme ne prend aucune part à la formation de l'hypophyse qui dérive tout entière de la couche profonde de l'ectoderme. Les points où la corde dorsale conserve des connexions avec l'intestin sont au nombre de deux : l'un correspondant à la partie caudale

de la courbure endodermique ventrale ; l'autre à l'endroit où les deux branches, ascendante et descendante, de la corde dorsale se réunissent en formant un angle, c'est-à-dire, à la courbure endodermique dorsale. La première de ces connexions est tout à fait transitoire, l'autre persiste plus longtemps.

En somme, comme l'endoderme ne prend aucune part à la formation de l'hypophyse, ce qui revient à dire qu'il n'existe ni union ni même communication entre l'intestin primitif et l'hypophyse, l'auteur se refuse à voir dans ce dernier organe le rudiment d'une bouche ancestrale. Ni morphologiquement ni physiologiquement l'hypophyse ne peut être considérée comme un organe rudimentaire. L. D.

XXIV. **De quelques fonctions nerveuses dans l'inanition complète** (1re communication). **Excitabilité sécrétoire de la corde du tympan, du sympathique cervical et du vague** ; par Babbera. (*Bulletino delle Scienze mediche*, 1900, juin.)

Dans l'inanition complète et prolongée, l'excitabilité électrique des nerfs sécrétoires et l'excitabilité réflexe de nature chimique ne subissent que des modifications quantitatives. Les fibres sécrétoires de la glande sous-maxillaire contenues dans le sympathique cervical sont cependant presque inexcitables. Les sucs obtenus dans ces conditions possèdent, sinon quantitativement au moins qualitativement, la même composition chimique et les mêmes propriétés digestives que chez les animaux nourris. L. D.

XXV. **Les glandules parathyroïdiennes. Recherches cytologiques** ; par F. Livini. (*Lo Sperimentale.*)

L'auteur après avoir montré l'insuffisance de nos connaissances sur la structure fine de ces organes et leur valeur fonctionnelle, nous donne le résultat des recherches qu'il a poursuivies sur le lapin. La technique qu'il a employée consiste dans la fixation dans le liquide de Hermann, et la double coloration à la fuchsine et au vert méthyle.

Les glandules parathys sont essentiellement constituées par des éléments épithéliaux qu'il faut considérer comme de véritables cellules glandulaires. Ces cellules élaborent deux substances ; la plus abondante se montre sous l'aspect de granules ou de masses de volume variable colorés en vert intense comme la substance colloïde ; l'autre est constituée par de petits granules colorés en rouge vineux comme la substance chromatique du noyau. Dans certaines conditions qu'il n'a pu déterminer, ces cellules peuvent produire, en outre, une substance grasse, peut-être même une autre si les vacuoles que l'on observe alors entre les cellules contiennent un produit de sécrétion spéciale.

Il existe une concordance complète entre les phénomènes de sécrétion des cellules de la thyroïde et des parathyroïdiennes, de même que la ressemblance est parfaite entre les produits de l'activité cellulaire des deux organes. Ces éléments cellulaires répondraient aux mêmes stimulants (pilocarpine) d'après l'auteur qui incline à l'identité des deux organes. La sécrétion des parathyr se déverse dans les espaces lymphatiques péricellulaires et parvient dans le sang par la voie lymphatique. Les parathyr seraient donc des glandes à sécrétion interne. Leur valeur fonctionnelle correspondrait à celle de la thyroïde. L. DELMAS.

XXVII. **De l'anastomose des cellules nerveuses et quelques particularités de structure du bulbe olfactif**; par F. CREVATIN. (*Bulletino delle Scienze mediche*, 1900, juillet.)

L'auteur décrit et figure quelques cas d'anastomose entre cellules nerveuses qu'il a rencontrés chez quelques mammifères, dans la couche granuleuse du cervelet et la seconde couche du bulbe olfactif. Il décrit en outre les diverses formes des cellules mitrales qu'on peut observer dans le bulbe d'un même animal. Parmi ces cellules il en est qui envoient deux ou plusieurs prolongements protoplasmatiques à plusieurs glomérules ou à un seul glomérule, et d'autres qui, comme l'affirment Ramon y Cajal et Gehuchten, n'envoient aux glomérules qu'un seul prolongement protoplasmatique. L. D.

XXVIII. **Le vague dans ses rapports avec les formes malignes de la rougeole**; par CIOFFI. (*Riforma medica*, 5 mars 1900.)

L'auteur, analysant les symptômes des formes malignes de la rougeole, les rapporte à l'irritation du pneumogastrique par les toxines microbiennes versées dans la circulation. Les cas fréquents compliqués d'otite purulente seraient une preuve de l'action élective directe du virus morbilleux sur le vague. Il ne nous paraît pas utile ni surtout exact d'invoquer l'intermédiaire d'une irritation des rameaux méningiens du pneumogastrique pour expliquer que ces otites purulentes ainsi que la méningite simple ou tuberculeuse qui suit parfois la rougeole. L. D.

XXIX. **Sur la réaction électrique myasthénique ou d'épuisement**; par FLORA. (*Rivista critica di clinica*, 1900, n° 21.)

Lorsque chez un sujet normal on excite un muscle ou un nerf par un courant faradique apte à produire une contraction énergique, si on continue l'excitation on provoque le tétanos. Ce tétanos ne persiste pas indéfiniment; au bout d'un temps, variable

selon les sujets mais toujours assez long, 10 à 30 minutes, le muscle peu à peu cesse de réagir et se relâche. Si l'on enregistre le tracé, on obtient une ligne horizontale, qui s'abaisse peu à peu, soit par échelons, soit par une courbe régulière. Après un repos de quelques secondes le tétanos peut se reproduire par excitation du même point.

Chez les sujets au contraire, qu'on pourrait appeler électriquement myasthéniques, le relâchement musculaire survient très rapidement, au bout de quelques secondes. Le tracé myographique présente une ascension brusque, puis une chute à angle aigu sans trace de plateau. De plus, on ne peut obtenir le retour du tétanos qu'après un repos de quelques heures. Le sujet éprouve une sensation pénible de fatigue et d'inertie invincible ainsi qu'une douleur et une tuméfaction légère qui peuvent persister plusieurs jours.

L'auteur a obtenu cette réaction dans trois cas de maladie d'Erb-Goldflamm ; dans la sclérose en plaques il l'a trouvée assez marquée ; dans les tabes, inconstante ; fréquente et très manifeste dans les cas de neurasthénie et d'hystérie accompagnés de myasthénie prononcée, de parésie et d'impotence motrice volontaire. Dans ces derniers cas la réaction disparaissait après guérison et pouvait subir le transfert comme la parésie.

Dans deux cas de pseudo-hypertrophie musculaire, la réaction était extrêmement prononcée. Par contre, elle n'existerait pas dans l'hémiplégie cérébrale organique. L'auteur conclut que cette réaction n'est pas particulière à la maladie d'Erb-Goldflamm. Si on peut la trouver dans les affections organiques du système nerveux, on peut la rencontrer aussi, et bien plus marquée dans des formes simplement névrosiques. L. D.

XXIX. **Altération des sensibilités tactile et thermique consécutives à une lésion d'un rameau digital palmaire du médian**: par FERRARI. (*Riv. sperim di Freniatria et di Med. leg.*, 1900, 1.)

La sensibilité thermique a-t-elle des voies de transmission distinctes de la sensibilité tactile ? La question n'a pas encore reçu de solution. Quelques observations paraissent cependant démontrer qu'il en est ainsi. L'auteur a eu l'occasion d'observer le cas suivant. A la suite d'une blessure à la face palmaire de la main droite, au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index, un rameau digital palmaire du médian fut lésé et l'on eut deux plaques d'anesthésie inégales, dont la plus étendue correspondait à l'anesthie thermique. Ce manque de concordance semble exclure l'existence de fibres communes aux deux sensibilités, car alors les deux champs auraient dû être exactement superposables. Il faudrait donc admettre pour les deux sensibilités

l'existence de fibres distinctes, diversement distribuées dans les troncs nerveux. Remarque qui a son importance, la malade était indemne de toute tare hystérique. L. DELMAS.

XXX. Des rapports existant entre les réflexes et la tonicité musculaire ; par de RENZI et COOP. (*Atti. della R. Accad. med.-chir. di Napoli*, LIII, 4.)

Les auteurs ont étudié avec le myotonomètre de Mosso, le degré de tonicité du triceps sural chez des sujets atteints de myélite transverse avec exagération considérable des réflexes. Ils concluent que dans la paralysie spasmodique due à une myélite dorso-lombaire il y a hypotonicité musculaire et non hypertonicité. Elle est d'autant plus nette que les troubles de la motilité sont plus marqués. La résistance exagérée opposée à la flexion et à l'extension passives des membres inférieurs est due non à l'hypertonicité, mais à des contractions réflexes des muscles dont la contraction cesse bientôt pour faire place à la flaccidité. Il n'y a donc aucun rapport intime entre la tonicité musculaire et l'état des réflexes, ceux-ci pouvant être très exagérés avec une hyportonicité musculaire très marquée. L. D.

XXXI. Polynévrite et réflexes; par le Dr de BURK. (*Journ. de Neurologie*, 1891, n° 8.)

Observation d'un malade qui présentait une atrophie musculaire très marquée de la totalité des deux membres inférieurs avec conservation de la sensibilité générale, exagération de la sensibilité réflexe tendineuse, abolition des réflexes cutanés, etc. Les deux affections susceptibles de donner lieu à ce complexus symptomatique, seraient, d'après l'auteur, la sclérose latérale amyotrophique à début paraplégique et la polynévrite. Finalement l'absence de contracture et de contractions fibrillaires dans les muscles atrophiés et aussi l'absence du phénomène des orteils en même temps que l'état stationnaire de la maladie depuis un an lui ont paru des raisons suffisantes d'admettre qu'il s'agit plutôt d'une polynévrite. G. DENY.

XXXII. Brûlure électrique du nerf cubital, tumeur cicatricielle, opération ; par M. DECROLY. (*Journ. de Neurologie*, 1901, n° 8.)

Il s'agit d'un homme qui eut le coude droit brûlé par un courant électrique. Immédiatement après l'accident, le blessé s'aperçut d'une gêne dans les mouvements de la main et d'une insensibilité au niveau des doigts, et quelques mois plus tard il vit apparaître au-dessus du coude une petite tumeur non douloureuse,

mais dont la compression provoquait une sensation d'engourdissement de l'avant-bras et de la main.

Pensant qu'il s'agissait là d'une tumeur cicatricielle comprimant le nerf cubital et non d'un névrome, on fit une opération libératrice qui démontra l'exactitude de ce diagnostic.

Immédiatement après cette intervention, les troubles sensitifs disparurent, seuls, les troubles moteurs ont persisté, ce qui n'a pas lieu de surprendre, les muscles étant déjà en voie de dégénérescence très prononcée au moment de l'opération. G. Deny.

REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE.

I. **Les absences psychiques chez les hystériques**; par Luzenberger. (*Riv. mens. de i psich. for*, 1900-1.)

Travail intéressant, dont il est inutile de faire ressortir l'importance médico-légale. Il repose sur l'étude de quatre cas, diagnostiqués d'abord épilepsie, et que leur évolution permit de rattacher à l'hystérie. Il est bon de savoir que cette dernière névrose peut produire de véritables absences, semblables aux vertiges qui sont regardés par tous les auteurs comme caractéristiques du mal comitial.

L'auteur a pu les différencier par les caractères suivants :

Les absences hystériques reconnaissent toujours comme cause occasionnelle de fortes émotions ou le surmenage intellectuel; elles ne s'accompagnent pas d'altération de l'intelligence, ont tendance à diminuer plutôt qu'a augmenter. Dans l'un des cas ce fut l'attaque convulsive qui permit de faire le diagnostic. L. D.

II. **Cas d'automatisme alcoolique extrêmement prolongé** ; par M.-S. Dobrotworsky (*Obozrénié psichiatrii*, IV, 1899).

Il s'agit d'un homme de vingt-huit ans, alcoolique chronique, qui, revenant de ses occupations, le 20 octobre 1894 (il est inspecteur des télégraphes), boit passablement et tombe dans l'automatisme. Il peut encore faire tout son service, de sorte que personne ne s'aperçoit de son état, d'autant qu'il a l'air de jouir encore de l'intégrité de sa décision, ou que, s'il commet des actes inconscients, ceux-ci ne se distinguent pas des actions irréfléchies com-

munes. En février 1895, les hallucinations se mettent de la partie; il est persécuté, mais pas au point qu'au début, cet état attire l'attention de ceux qui l'entourent; il conserve, quoique automate, une apparence normale : il évite la société de ses collègues. En avril, il fait connaître son délire. En juillet, subitement, il tombe dans la stupidité, mais c'est une stupidité dans laquelle l'activité mentale n'est pas suspendue complètement, tandis que la conscience est profondément obscurcie. Le malade ne répond pas aux questions, il ne réagit pas aux fortes excitations douloureuses, les pupilles ne répondent pas à la lumière. Les mouvements n'ont pas l'indécision, la nonchalance de ceux de la stupidité simple ordinaire; le place-t-on sur ses jambes, il se met à marcher avec fermeté et assurance à travers la chambre; rencontre-t-il un obstacle, il se retourne aussitôt du côté opposé et continue à marcher fermement jusqu'à ce qu'on le couche. Lui met-on entre les mains une cuiller, il exécute les mouvements propres à l'homme qui mange, quoiqu'il n'ait rien à manger devant lui. Aucun de ces mouvements n'est ni indolent, ni indécis; ils rappellent une machine remontée. En mars 1896, le 8, au matin, l'expression de son visage se modifie franchement, le malade se met à causer, à répondre convenablement, il joue au billard, converse avec les autres, lit les journaux. Les 8, 9, 10, il passe la nuit dans la section des aliénés difficiles, mais le jour dans celle des tranquilles. Le 15, après avoir causé longuement avec lui de sa situation, le médecin le prie d'écrire son autobiographie, il le fait ce jour même et ne manifeste rien de particulier dans la conversation; or, le 20 mars, il ressort de son interrogatoire que du temps écoulé compris entre le 8 et le 15, il n'a aucun souvenir : il a donc aussi, du 8 au 15 mars, agi automatiquement. Son amnésie porte du reste non seulement sur toute la période morbide apparente qui va de février 1895 jusqu'au 15 mars 1896, mais sur les quelques mois qui ont précédé la maladie; elle commence à octobre 1894, juste au moment où il est revenu de son travail. Il ignore la mort d'Alexandre III et l'élévation au trône de Nicolas II, qu'il ignorait en rentrant chez lui à cette époque-là. Le dernier épisode automatique final n'est pas le moins curieux. P. Keraval.

III. **Contribution à l'étude de la pathogénie des symptômes de lésions en foyers dans la paralysie générale des aliénés**; par W. A. Mouratow. (*Obozrénié psichiatrii*, III, 1898.)

Voyez XIIe Congrès international de médecine : Zur Pathogenese der Herderscheinungen bei der allgemeinen Paralyse der Irren.

P. Keraval.

IV. Les rapports de l'alcoolisme et du suicide en Angleterre, surtout d'après les statistiques récentes; par W.-C. Sullivan. (*The Journal of Mental Science*, avril 1900).

Ce travail est très documenté et appuyé sur des statistiques bien faites, puisées aux bonnes sources et qui paraissent bien interprétées : il se termine par des conclusions que nous résumons ici : l'accroissement récent du suicide en Angleterre a coïncidé avec un développement considérable des tentatives de suicide avortées : or, ces tentatives, au moins dans ceux de leurs caractères que l'on a pu établir, se rapprochent du type du suicide alcoolique, confirmant ainsi les preuves cliniques du rôle prédominant que joue l'alcoolisme dans les suicides avortés. On a vu en outre que le plus important de ces caractères — l'âge peu avancé des suicidés — se remarque dans l'augmentation actuelle des cas de suicide. Il est donc légitime d'admettre que cette augmentation dépend en grande partie de l'influence de l'alcoolisme, influence qui, dans la même période, ainsi que l'attestent les statistiques de mortalité, a subi elle-même un accroissement. Les données recueillies et examinées par l'auteur lui ont permis en outre d'établir, à l'état de variété spéciale, le type du suicide alcoolique et de le différencier des autres suicides. L'intoxication alcoolique chronique provoque des troubles généraux des fonctions viscérales qui modifient et perturbent les stimulants organiques qui forment le fond de notre personnalité. La dépression de la tonicité émotive ainsi provoquée prépare l'impulsion au suicide, laquelle, dans les cas caractéristiques, aboutit à l'exécution lorsqu'il est survenu un surcroît d'intoxication qui a encore abaissé le fonctionnement du cerveau affaibli, en même temps qu'il exaltait dans une semblable proportion l'influence des stimulations organiques sur les processus cérébraux. Le suicide alcoolique est donc plus impulsif que les autres suicides, plus directement et plus immédiatement lié aux conditions organiques du sujet. Si l'on passe du point de vue clinique et statistique au point de vue social, on voit apparaître avec une égale netteté les conséquences de ce mode spécial d'évolution. Ainsi les facteurs les plus capables de déterminer le suicide ordinaire, jouent dans le suicide alcoolique un rôle effacé ou différent et les caractères que les facteurs impriment à l'acte sont absents ou obscurcis dans la forme alcoolique. Il faut reconnaitre qu'il y a quelques-uns de ces facteurs qui poussent simultanémont à l'alcoolisme et au suicide, et agissent de concert; ils en est ainsi de l'influence des saisons. L'auteur examine ensuite les influences sexuelles, religieuses, et enfin celle de l'âge ; le suicide alcoolique est beaucoup plus précoce que l'autre.

Ainsi les conclusions fournies par la statistique sont en parfait accord avec les inductions de l'expérience clinique. Le suicide

impulsif de l'alcoolique caractérisé en tant que fait individuel par l'obscurcissement de la conscience et l'absence de délibération, est pareillement marqué, en tant que fait social, par une indépendance relative à l'égard des facteurs ordinaires du suicide, et par une sorte d'obscurcissement des activités plus complexes de la conscience collective. — Il est probable d'ailleurs que la différenciation n'est absolue ni au point de vue social ni au point de vue individuel, et que les influences subies ne sont pas aussi nettement délimitées en fait qu'en théorie, et sont modifiées par des réactions réciproques de l'individu et de la collectivite. Il reste que le suicide alcoolique présente des caractères spéciaux qui indiquent qu'il est sous la dépendance des forces qui gouvernent l'alcoolisme et non des forces qui gouvernent le suicide.

R. DE MUSGRAVE CLAY.

V. **Sur une méthode systématique de recueillir les observations**; par A.-H. NEWTH. (*The Journal of Mental Science*, avril 1900.)

L'auteur regrette que les observations recueillies dans les asiles d'aliénés ne le soient pas avec plus de méthode et d'uniformité; il n'est le premier ni à exprimer ce regret, ni à proposer une méthode uniforme : il met d'ailleurs beaucoup de bonne grâce à déclarer qu'il ne se fait pas illusion sur le sort réservé à sa proposition[1].

R. DE MUSGRAVE CLAY.

VI. **Une attaque d'épilepsie** (*status epilepticus*) **suivie au bout de six semaines d'une attaque de chorée, chez une malade atteinte de folie puerpérale aiguë**; par C. C. EASTERBROOK. (*The Journal of Mental Science*, janvier 1900.)

Le cas est intéressant à cause de sa rareté et de la curieuse association de névroses qui s'est manifestée chez cette malade dans un temps relativement court. Les remarques dont l'auteur fait suivre l'observation détaillée en résument suffisamment les points importants; nous reproduisons ces deux séries de remarques dont la première porte surtout sur les faits, et la seconde sur leur interprétation :

A. — 1° La malade était atteinte de folie puerperale, forme de maladie mentale qui n'est pas rare chez les femmes. — 2° Pendant sa maladie on a vu apparaitre chez elle d'abord de l'épilepsie, ensuite de la chorée, affections qui sont rares pendant l'état puerpéral, et rares aussi (surtout la chorée) consécutivement à la folie. — 3° L'épilepsie s'est présentée sous la forme relativement rare de

[1] Voir dans le *Compte rendu* de Bicêtre de 1874, le *schéma* en usage pour les *internes* et les *infirmiers*.

status epilepticus, et la chorée a été remarquable en ce qu'elle n'est pas devenue chronique. — Il résulte de ceci qu'on n'est pas fondé à baser des généralisations, relatives à l'association des névroses, sur des fait aussi rares. Mais on peut tirer de l'ensemble des phénomènes les conclusions suivantes :

B. — 1° La malade avait de fâcheux antécédents de famille. — 2° Elle était personnellement névropathe, ce qui, dans l'état actuel de nos connaissances, indique probablement une instabilité chimique très accentuée dans les centres nerveux. — 3° Chez une telle malade l'apparition de la manie aiguë, de l'épilepsie on de la chorée n'a rien qui doive surprendre. — 4° Le fait de l'apparition successive de ces trois maladies dans un court espace de temps chez le même sujet est en faveur de l'opinion suivant laquelle ces trois maladies auraient un siège commun, à savoir les plans supérieurs corticaux (portion pré-rolandique). — 5° En l'absence d'une anatomie pathologique précise, le fait même de la curabilité de ces trois affections montre qu'elles sont essentiellement des névroses fonctionnelles, dépendant d'une activité moléculaire pathologique. des centres nerveux, et nullement de grandes modifications de nutrition ou de structure. — 6° En l'absence de toute démonstration nette de l'existence d'un agent auto-toxique, toxique ou microbien, la raison dernière des trois névroses doit être cherchée dans une instabilité chimique des centres nerveux et une tendance consécutive de la part de ces centres à une activité et à un fonctionnement chimiques morbides lorsqu'ils se trouvent soumis à l'influence d'un agent irritant (au sens large du mot irritant), cet agent agissant ici comme l'étincelle sur la poudre. L'auteur n'admet pas l'opinion qui cherche la cause de la chorée et de l'épilepsie dans un état toxique ou microbien du sang. La grande fréquence de ces névroses et des folies pendant la période de développement de la vie, et surtout pendant la période de maturation des fonctions nerveuses plaide fortement en faveur de l'opinion suivant laquelle ces désordres nerveux auraient leur *fons et origo* dans l'écorce cérébrale. C'est le métabolisme des centres nerveux, et non pas le métabolisme du sang, qui est au fond des névroses de développement, et il est légitime de croire que les toxines que l'on a rencontrées étaient le résultat, et non la cause, de l'activité chimique morbide des neurones supérieurs. R. de MUSGRAVE-CLAY.

VII. **Les signes physiques de la folie**; par F. GRAHAM CROOKSHANK. (*The Journal of Mental Science*, janvier 1900.)

L'auteur pense que les signes physiques de la folie sont à l'heure actuelle trop négligés : on étudie beaucoup à la vérité les stigmates de dégénérescence; mais ces stigmates sont les indices d'un vice protoplasmique général et non des signes proprement dits de folie.

Il est légitime de supposer pourtant que les activités cellulaires spéciales qui accompagnent les états d'aliénation mentale doivent retentir sur l'économie physique.

Après des considérations générales intéressantes, l'auteur tente d'énumérer en les classant de son mieux, car ils ne se prêtent pas à une classification rigoureuse, les signes physiques de la folie. Il considère d'abord les nerfs craniens et leur trajet du noyau à l'écorce : 1° Perversions de l'odorat dans la folie avec délusions, indiquant un trouble de fonction ou un défaut d'association dans les centres les plus élevés, probablement dans le gyrus fornicatus. Emoussement de l'odorat dans la démence. 2° Perversions de la vue dans les mêmes formes de folie, ayant la même signification que plus haut, mais relevant des circonvolutions marginales. Hémianopsie dans les folies post-hémiplégiques et dans les folies associées à de grosses lésions unilatérales, indiquant une altération des lobes occipitaux ou des tractus inférieurs. Affaiblissement général de l'acuité visuelle, du sens des couleurs, etc., marqué surtout chez les déments : insuffisance générale des tractus nerveux de la vision. Cécité verbale et mentale dans les cas de démence et de manie : insuffisance des fonctions corticales autour des circonvolutions marginales. 3° Paralysies et spasmes temporaires et récidivants : mydriase (unilatérale), ptosis, strabisme, myosis et rétraction des paupières (supérieures); indiquant un trouble fonctionnel dans le troisième noyau ou l'un de ses éléments constituants, se rencontrant souvent dans les manies. 4° Strabisme (oblique) quelquefois dans l'excitation maniaque. 5° Dans la démence émoussement des processus sensoriaux qui se rattachent à la cinquième paire. 6° Strabisme interne, fréquent dans la manie, ordinairement dû à l'affaiblissement temporaire de l'un des droits externes : altération de la sixième paire ou d'une partie du noyau. 7° Spasme de la face : asymétrie des muscles frontaux, indiquant des altérations du septième noyau. 8° Hallucinations et délusions de l'ouïe : le plus souvent défectuosité d'association ou autre des centres les plus élevés; lobes temporo-sphénoïdaux. Même siège pour la surdité générale, la surdité aux mots et l'aphasie amnésique, dans la manie chronique, la démence, etc. *Nerf phréno-glosso pharyngé :* tremblement et déviation de la langue. — *Nerf spinal accessoire :* respiration creuse et lente, sans variation émotionnelle, dans la démence. Impossibilité d'expectorer (absence des réflexes laryngés et palatins) dans la démence avancée. — *Système sympathique* (ganglions cervicaux). Myosis paralytique : rougeur de la face, uni ou bilatérale, sueurs unilatérales, dans diverses formes de manie et spécialement chez les épileptiques.

Tractus sensoriels : on sait que dans la mélancolie, davantage dans la manie, et plus encore dans la démence, les sensations de contact, de température, de douleur, sont émoussées : elles sont

abolies dans le coma. Les *réflexes spinaux* sont paresseux dans la mélancolie, exagérés dans la manie par absence d'inhibition cérébrale. *Mouvements :* dans la mélancolie, difficulté d'imiter des mouvements nouveaux (altération des centres supérieurs); dans la manie aiguë avancée, impossibilité d'exécuter des mouvements complexes autres que ceux qui sont purement automatiques : dans la démence les mouvements se restreignent à quelques actes bien organisés (volontaires). L'auteur étudie ensuite quelques états musculaires, puis il va au-devant de quelques objections et critiques.

R. de MUSGRAVE-CLAY.

VIII. Un cas de folie syphilitique; par R. D. HOTCHKIS. (*The Journal of Mental Science*, avril 1900.)

Homme de cinquante-deux ans, carie étendue du tibia gauche, opérée déjà sept fois : il reconnaît avoir eu il y a trente ans une blennorrhagie, paraissant avoir été accompagnée de symptômes caractéristiques de la syphilis : au point de vue mental, perte de mémoire, incohérence, idées délirantes de forme soupçonneuse. Hallucinations et illusions de la vue. Nouvelle opération sur le tibia dont l'ablation presque totale est pratiquée; guérison sans complication. Au bout d'environ un an, amélioration de l'état mental; le malade obtient sa sortie, et continue à se bien porter pendant une année, au bout de laquelle il est frappé d'hémorragie cérébrale avec hémiplégie droite, et réapparition des troubles mentaux : il rentre à l'asile, en état d'hémiplégie droite, d'aphasie partielle, et d'excitation maniaque.

La question du rôle étiologique de la syphilis dans la folie est obscure et controversée: ce rôle d'ailleurs, en se rapprochant de celui d'autres poisons, tels que l'alcool, prête facilement à la confusion. Mais dans le cas actuel, en l'absence de toute hérédité fâcheuse, mentale ou somatique, en l'absence de tout alcoolisme, il semble bien que la syphilis ait joué un rôle prépondérant sinon exclusif. La folie n'a pas eu ici le caractère des folies post-opératoires; et d'ailleurs l'opération, beaucoup plus grave que les précédentes, subie pendant le séjour à l'asile, est restée sans retentissement aucun sur l'état mental; d'autre part l'hémorragie cérébrale survenue un an plus tard, en nous révélant la dégénérescence des vaisseaux, vient encore plaider en faveur de l'étiologie syphilitique. On a décrit plusieurs formes de folie syphilitique; celle-ci correspondrait, mais non à tous égards cependant, à la folie avec délusions que l'on rencontre à la période tertiaire de la maladie et dans laquelle les délusions sont si variables que l'on ne peut guère leur trouver qu'un caractère commun, qui se rencontrait précisément ici, la manie soupçonneuse. R. de MUSGRAVE-CLAY.

IX. **Sur la parole des épileptiques**; par CAMPBELL CLARK. (*The Journal of Mental Science*, avril 1900.)

La faculté du langage chez les épileptiqnes n'a été que trop peu et trop rarement étudiée. L'aphasie est considérée comme la plus commune des altérations du langage chez les épileptiques, mais le mot aphasie a actuellement une signification trop étendue, et la conception qu'il éveille comprend certaines variétés qui ne se rencontrent pas dans l'épilepsie. Le mot dysphasie s'appliquerait mieux aux troubles épileptiques du langage : l'auteur admettra dans ce travail les trois catégories suivantes : 1° *Aphémie* ou impossibilité de parler par suite d'une affection du centre de coordination des muscles producteurs du son articulé; 2° *Amnésie* ou perte de la mémoire des mots; 3° *Agraphie* ou impossibilité d'écrire.

L'auteur a pris soin de formuler lui-même les conclusions de cet intéressant mémoire; nous les résumons ici :

Il est généralement admis que des troubles du langage d'une certaine importance se rencontrent dans l'épilepsie, que ces troubles sont analogues entre eux, et cependant divers suivant les sujets, et que lorsque l'état mental normal se rétablit, après une de ces explosions périodiques d'excitation mentale motrice qui caractérisent la folie épileptique, la faculté du langage reste diminuée. Il est parfaitement établi 1° que pendant et après l'attaque, l'amnésie et la dysphasie sont bien accusées; 2° que lorsqu'il existe de l'excitation émotive, ces deux états se modifient proportionnellement à cette excitation; 3° que lorsque l'état mental habituel a reparu et lorsque la tension nerveuse a disparu, le malade subit une réaction qui agit sur la faculté du langage en abaissant l'énergie des centres du mouvement et de la mémoire.

Ordinairement, les malades, bien qu'ils soient enclins sur ce point à des dénégations, finissent par reconnaître eux-mêmes les altérations de la parole qu'ils présentent. L'expression de leur visage, pendant qu'on les examine sur ce point, montre suffisamment l'inquiétude et le trouble que leur cause cet examen, et leurs efforts pour ne pas faire de fautes en parlant sont manifestes. Le tremblement est souvent plus marqué et la chute de la voix plus accentuée quand le sujet est ému par la conscience d'une difficulté de langage à surmonter. De même que l'on peut voir l'aphonie hystérique résulter d'un trouble émotif, ainsi l'on peut trouver chez l'épileptique un spasme respiratoire de même origine, et il faut tenir grand compte de l'élément émotif dans les variations que le langage subit à des moments différents chez les épileptiques. En ce qui touche l'amnésie chez ces malades, on remarque qu'elle dépend en grande partie des sensations spéciales, des états émotifs particuliers (bonheur, colère, etc.) et du degré suivant lequel la faculté de se souvenir est stimulée ou inhibée. L'auteur a signalé dans son

travail que le vocabulaire des épileptiques est ordinairement plus ou moins limité, ce qui est probablement dû à une insuffisance de la mémoire qui retient plutôt que de la mémoire qui reproduit.

L'aphémie est rare, et quand elle existe, elle est temporaire et se montre ordinairement avant et après l'accès. Le mot dysphasie s'applique mieux aux troubles épileptiques de la parole. On peut admettre d'une façon générale, qu'il y a ordinairement un abaissement de l'énergie d'émission des mécanismes vocaux et respiratoires, par suite d'une innervation défectueuse, en même temps qu'une absence de coordination synchronique. Le tremblement des muscles de la face, et spécialement des lèvres, la trémulation de la voix révèlent l'instabilité de l'innervation. L'auteur ne fait que mentionner la *bradylalie* et l'*écholalie*. Quant à l'agraphie elle n'a pas été constatée, mais chez les malades sachant écrire et à qui l'on a demandé leur signature, on a constaté dans l'écriture un tremblement quelquefois continu, mais le plus souvent interrompu, qui suggérait naturellement l'idée d'alcoolisme. R. de M.

X. **Sur les maladies corporelles considérées comme cause et comme complication de la folie**; par G.-J. Conford. (*The Journal of Mental Science*, avril 1900.)

L'auteur étudie successivement les maladies de l'appareil vasculaire, de l'appareil respiratoire, la phtisie, les affections du tube digestif, la glycosurie, et il montre l'importance des influences modificatrices réciproques des maladies organiques et des maladies mentales.

Il montre que les lésions anatomiques qui entravent la nutrition régulière des divers organes, arrivent par là à surmener les centres nerveux régulateurs de l'activité organique, et peuvent ainsi devenir le point de départ d'une défectuosité mentale qui ne s'éteindra qu'avec le groupe familial dans lequel elle a pris naissance. On ne peut évidemment déterminer qu'avec une grande incertitude la mesure dans laquelle les symptômes mentaux chez un sujet donné dépendent d'une maladie organique, mais il est probable que celle-ci n'existe jamais sans être accompagnée d'un contre-coup psychique, variable suivant la susceptibilité du sujet.

R. de Musgrave-Clay.

XI. **Sur l'état mental d'Auguste Comte**; par William-W. Ireland. (*The Journal of Mental Science*, janvier 1900.)

M. W. Ireland, qui, si nous avons bonne mémoire, est coutumier de ces curieuses études de psychologie et de psychiatrie rétrospectives, consacre aujourd'hui (après le Dr G. Dumas, dans la *Revue Philosophique*), un article intéressant à l'état mental d'Auguste Comte. Il résume tout d'abord la vie singulière du grand

philosophe, et nous le montre faisant à vingt-quatre ans, le plan de ce grandiose système de philosophie qui embrassera, en les hiérarchisant selon l'ordre naturel, toutes les connaissauces humaines. Il nous raconte son mariage avec une femme dont le caractère, peut-être la conduite, le rendirent peu heureux, que Littré a toujours défendue, mais qui paraît bien avoir trompé le philosophe : d'ailleurs ce mariage, purement civil, conformément aux opinions d'Auguste Comte lui créa des difficultés pénibles avec sa famille. En 1826, il commence des cours publics, donne pour gagner sa vie des leçons de mathématiques; mais sa vie intellectuelle est interrompue par une attaque d'aliénation mentale, pour laquelle il est enfermé pendant sept mois chez Esquirol. Puis sa femme le reprend, sans qu'il soit guéri, puisqu'il essaie de se jeter dans la Seine; il fait, malgré lui et sur les instances de sa mère, régulariser religieusement son mariage, et sur le registre, ajoute à son nom ceux de Brutus Bonaparte, et malgré tout cela, finit par guérir, en 1828, à l'âge de trente ans, assez complètement pour que quatre ans plus tard il soit nommé à l'élection examinateur de mathématiques à l'Ecole Polytechnique, fonction pour laquelle il était parfaitement qualifié, mais qu'il n'accepte que comme un gagne-pain pour pouvoir travailler librement à son *Système de Philosophie positive*. Littré nous a donné des renseignements intéressants sur sa méthode de travail, qui ne le conduisit pas toujours à la clarté, si bien que beaucoup des adeptes de sa doctrine préfèrent la chercher dans les œuvres de ses vulgarisateurs. — Lorsque, en 1842, il perdit sa place d'examinateur, il fut mis à l'abri de la misère par l'intervention de Stuart Mill, qui obtint de trois de ses amis, l'historien Grote, sir William Molesworth et M. Raikes Currie de contribuer à lui fournir l'équivalent du salaire qu'il avait perdu. Comte trouva ce subside tout naturel, et continua de le trouver tel, car il fut toujours pécuniairement aidé par ses disciples : il avait en effet un sentiment très élevé de sa propre valeur, se trouvait à peine flatté d'être comparé à Bacon, et se considérait comme au moins égal, sinon supérieur, à Descartes et à Leibnitz, opinion dans laquelle il était d'ailleurs soutenu par Stuart Mill et Littré. Il trouvait en somme légitime que, d'une manière ou d'une autre, indifférente en soi, mais nécessaire et continue, on veillât aux besoins d'un homme qui travaillait pour l'humanité. A diverses reprises, il fut menacé de récidive des troubles mentaux dont il avait été atteint; il essayait d'en prévenir le retour, et il parait y avoir réussi, par une hygiène judicieuse et sévère.

En 1842, il se sépara complètement de sa femme, avec qui la vie parait être devenue impossible, au moins pour l'homme qu'il était, et c'est deux ans après que l'on voit entrer dans sa vie Clotilde de Vaux, avec laquelle il eut une liaison, qui resta platonique malgré

lui, peut-être par une série de fausses manœuvres et de malentendus, s'il faut en croire les renseignements que nous donne le Dr Dumas. — Cette liaison morale dura deux ans, entre cette femme qui ne parait pas avoir été une créature supérieure et cet homme, qui, lui, était supérieur, mais qui ne connaissait guère le cœur des femmes, et Clotilde de Vaux mourut phtisique dans les bras du philosophe. Bien que le plan de son grand ouvrage ait été conçu bien avant qu'il connût Clotilde, il semble que sa passion pour elle ait modifié à divers égards le caractère de ses spéculations philosophiques.

Auguste Comte n'était pas un esprit universel, car nul homme ne peut être maître de toutes les sciences : en biologie, il est faible ; en psychologie, il manque de profondeur ; il a voulu réorganiser la société sans connaître la nature humaine : il essayait de préparer le salut des hommes sans vouloir consentir à tâter le pouls au monde, Il attachait de l'importance à de minuscules règles de vie, et n'avait pas le sens du ridicule ; il a imaginé des prières et un rituel compliqué sans Dieu.

C'est surtout lorsqu'il mourut, d'un cancer, en 1857, que la question de son état mental fut soulevée à propos de son testament dont Mme Comte poursuivit l'annulation devant les tribunaux pour cause de folie : on se basa en partie sur un orgueil qui, après tout n'était pas sans fondement, et qu'on essaya de faire passer pour de la mégalomanie dont il n'avait pas les caractères. Un de ses disciples a publié un certificat signé de sept médecins qui déclarent l'avoir connu de 1850 à 1857 et « n'avoir jamais constaté chez lui, ni dans sa conversation, ni dans ses actions ni dans ses écrits, la moindre trace de trouble intellectuel ou moral ou d'aliénation mentale ; que bien au contraire ils ont été frappés, jusqu'aux derniers moments de sa vie, de sa parfaite lucidité, de sa mémoire étendue et bien équilibrée ; de son jugement sain, de sa raison correcte, de sa calme fermeté, de son énergique persévérance et enfin de son très généreux désintéressement, toutes qualités aussi contraires que possible à l'idée de la folie ».

Le tribunal en 1870 refusa d'admettre l'aliénation mentale et valida le testament. « Sans mettre en doute la justice de la décision du tribunal, dit, en terminant M. Ireland, on peut dire que, durant les dernières années de sa vie, la belle intelligence d'Auguste Comte a été troublée d'une manière notable. Même de chauds admirateurs, comme J. Stuart Mill et Littré pleurent en lui la décadence d'un grand génie. Suivant l'expression du Dr Dumas, après son attaque de manie de 1826, *il côtoya la folie ;* et si par son système d'hygiène et par son régime mental, il réussit à éviter une nouvelle attaque, il resta sujet à des crises nerveuses intenses et demeura, pour le reste de sa vie un « névropathe. »

R. DE MUSGRAVE CLAY.

REVUE DE PATHOLOGIE NERVEUSE.

XVI. Relation entre la névralgie du trijumeau et la migraine ; par J.-J. Putnam. (*Journ. of Nerv. and Ment. Desease.* Mars 1900).

La différence entre migraines et névralgies n'est pas toujours bien marquée.

Certaines névralgies et plus particulièrement la névralgie sus-orbitaire récidivante diffère beaucoup des névralgies siégeant sur les autres branches du trijumeau, et présente au contraire des ressemblances avec la migraine.

Plusieurs observations ont été présentées dans un travail du même auteur publié dans le Boston Med. and. Surg. Jr. en 1896. Il vient d'en observer un nouveau cas. Il s'agit d'un jeune homme de 19 ans atteint de névralgie opthalmique de forme typique, survenue à la suite d'un coryza, et se reproduisant pendant plusieurs jours à 9 heures du matin pour disparaître à 2 heures de l'après-midi. Elle s'accompagnait de brouillard dans la vue, d'hémianopsie temporale, et de nausées.

Plaident encore en faveur de l'analogie entre la migraine et la névralgie ophtalmique certains faits comme les suivants : la névralgie ophtalmique survient assez souvent chez des individus ou dans des familles migraineuses ; la migraine du premier âge peut se transformer dans la suite en névralgie ophtalmique ; rarement enfin on voit les névralgies des autres branches de la Ve paire présenter des caractères migraineux.

Pour toutes ces raisons, J. Putnam pense que dans certaines névralgies, mais surtout dans la névralgie sus-orbitaire, il existe des symptômes qui indiquent une atteinte portée aux centres nerveux, ou tout au moins la prise en commun des centres et des troncs nerveux. La névralgie sus-orbitaire récidivante, corrobore cette manière de voir en nous montrant l'existence de formes intermédiaires pour lesquelles il est difficile de dire s'il s'agit d'une névralgie ophtalmique ou d'une migraine. P.

XVII. Lésions de chiasma optique, avec la relation de trois cas cliniques ; par William M. Leszynsky. (*Journ. of Nerv. and Ment. Desease,* Mars 1900).

Après la relation de trois observations cliniques W. Leszynsky

passe en revue quelques-unes des statistiques faites sur les lésions du chiasma optique. Il en conclut que les lésions du chiasma peuvent se subdiviser en quatres classes : 1° celles qui sont associées à des tumeurs intra-craniennes dont elles s'adjoignent la symptomatologie ; 2° celles qui sont consécutives à une augmentation de volume de l'hypophyse, comme dans l'acromégalie ; 3° celles qui surviennent dans la méningite syphilitique de la base ; 4° celles qui ont pour cause un processus pathologique circonscrit, qui produit graduellement une atrophie complète des deux nerfs optiques sans symptômes cérébraux concomittants.

Dans les cas appartenant à la 4e classe où il n'y a pas de papillite évidente, il semblerait que les éléments constitutifs du nerf sont le siège d'une dégénération lente due à une pression graduelle et persistante, oblitérant sa conductibilité ; et cela est probablement le résultat d'un processus inflammatoire local adjacent.

Sans nécropsie, le diagnostic de la nature des lésions primitives ne saurait être qu'hypothétique ; quant au pronostic, quelle que soit la cause, il est toujours fatal pour la vision. Il y a destruction progressive et permanente des deux nerfs optiques.

XVIII. **Automatisme ambulatoire épileptique** ; par D. J. Mc Carthy, (*Journal of Nervous and mental Desease*, Mars 1900.)

L'automatisme ambulatoire est un syndrome qu'on rencontre assez fréquemment dans l'épilepsie, quelquefois dans la neurasthénie et rarement chez les alcooliques, les dégénérés, etc... Le diagnostic étiologique est souvent difficile.

Dans l'automatisme hystérique l'attaque est rarement ou même jamais, de courte durée. Elle dure d'ordinaire des heures, des jours ou même des semaines. On constate en général des stigmates d'hystérie, mais les troubles sensitifs dus à l'hystérie peuvent se rencontrer chez les épileptiques. L'automatisme alterne avec, ou peut être immédiatement suivi par, une convulsion hystérique. Le malade peut se rappeler ce qui s'est passé durant son attaque, ou s'il y a amnésie, il est possible de retrouver l'histoire complète de l'attaque par l'hypnotisme. Ce dernier caractère a une importance à la fois clinique et médico-légale. L'automatisme de la neurasthénie diffère de celui de l'hystérie, en ce que le malade a conscience de ce qu'il fait, mais poussé par le désir de marcher d'une place à une autre, il est incapable avec sa volonté affaiblie et son indécision de résister à cette impulsion morbide.

Dans le cas présenté par l'auteur, le diagnostic d'automatisme ambulatoire repose sur les faits suivants : commémoratifs de convulsions avec perte de connaissance dans le premier âge, la réapparition de troubles psychiques à la puberté, la déviation conjuguée des yeux dans l'une au moins des attaques, l'inconscience

absolue, la courte durée des périodes ambulatoires et enfin l'absence de manifestations hystériques. POULARD.

XIX. **Cas anormal de paralysie saturnine, suivi d'autopsie** par Dr B. ONUF. (*The Journal of Nervous and mental Desease*, March 1900.)

L'intoxication saturnine donna lieu à une paralysie flaccide complète des deux extrémités inférieures avec absence des deux réflexes patellaires, et une sensibilité marquée des troncs nerveux et des muscles de ces deux membres. En même temps, il y avait paralysie des muscles fléchisseurs du bras gauche et des extenseurs des doigts. Mort par congestion pulmonaire au cours de ces accidents, dans un accès de dyspnée. A l'autopsie, les extenseurs et les fléchisseurs du bras droit étaient altérés, ainsi que les muscles péroniers et les fléchisseurs de la cuisse.

L'examen microscopique de la moelle montra des lésions semblables à celles de la poliomyelite des cornes antérieures. Les parties examinées étaient la 2e et la 5e lombaires. Il y avait une énorme infiltration des parois des vaisseaux par des cellules rondes. Les cornes antérieures étaient très nettement affectées, mais les racines postérieures de la région lombaire étaient normales. Le nerf plantaire présentait une augmentation de tissu conjonctif et de l'endartérite oblitérante. P.

XX. **Deux cas de tumeur comprimant la queue de cheval ; ablation ; guérison**, par le Dr B. SACHS. (*The Journ. of Nervous and Mental Desease.*)

Deux fois le diagnostic de tumeur de la queue de cheval fut posé, deux fois il y eut intervention chirurgicale suivie de guérison au moins momentanée. Dans ces deux cas on nota les particularités cliniques et anatomiques suivantes :

Premier cas. — Malade de 56 ans, venu à l'hôpital avec le diagnostic de névralgie : Douleur dans les extrémités inférieures depuis 18 mois ; spasmes musculaires ; cachexie marquée. La douleur avait le caractère névralgique et irradiait de la région lombaire, le long de la face postérieure de la cuisse jusqu'au talon. Colonne vertébrale sensible au niveau de la 2e vertèbre lombaire. En ce point la pression était douloureuse. Diminution appréciable de la sensibilité au contact, à la douleur, à la température dans la partie supérieure et interne de la cuisse droite. Réflexe rotulien droit fait défaut. Réflexes rectal et vésical normaux. En raison du peu de symétrie des symptômes, l'auteur pense que le néoplasme est probablement extra-dural.

L'opération fit trouver une tumeur, du volume d'une petite cerise

adhérente à la dure-mère et à l'os ; au point de vue histologique c'était un sarcome alvéolaire.

Deuxième cas. — Homme de 39 ans, venu à l'hôpital avec le diagnostic d'ataxie locomotrice. Cyphose marquée au niveau de la 12° dorsale et des trois premières lombaires. Point douloureux localisé entre la 3° et 4° vertèbres lombaires. Réflexes rectal et vésical intacts. Pas de symptômes ataxiques sérieux, mais parésie marquée des extrémitées inférieures. Troubles sensitifs d'un seul côté, dénotant une tumeur de la partie tout inférieure de la colonne spinale. A l'opération : masse gélatineuse envahissant le corps de la 3e vertèbre lombaire, s'étendant seulement jusqu'au bord inférieur de la 2° vertèbre, et qui évidnmment avait comprimé la queue du cheval. Histologiquement, c'était un sarcome à petites cellules.

Réflexions. — Dr B. Sachs, pour poser le diagnostic du siège au niveau de la queue de cheval s'est basé sur la distribution bilatérale de la douleur, l'absence de troubles rectaux et vésicaux. Le point sensible de la colonne a été dans les deux cas un guide de valeur. Il y a peu de maladies spinales chroniques qui suivent la marche lente de ces tumeurs spinales. Une laminectomie exploratrice, bien faite, est sans inconvénient, particulièrement dans les régions lombaires ou dorsale. P.

XXI. **Relations entre la migraine et l'épilepsie**; par le docteur William G. Spiller. (*Journal of nervous and Mental Desease*, février 1900.)

Les formes graves de migraine complexe peuvent être regardées, si on veut, comme « associées » à l'épilepsie, mais quand l'épilepsie survient au cours d'une migraine, il faut reconnaître qu'il y a probablement une certaine connection entre les deux affections, et que ce n'est pas simplement une réunion fortuite de deux affections chez la même personne. Le fait important c'est, qu'une personne qui a une forme complexe de migraine, avec aphasie temporaire, paralysie et paresthésie, peut un jour avoir des attaques convulsives jacksonniennes. L'auteur donne, de ce fait, deux observations personnelles. Avant de déterminer si, dans ces conditions, il s'agit d'épilepsie « associée » à la migraine, ou bien si le tout doit être considéré comme une manifestation épileptique, il faudra connaître mieux la pathologie de ces deux affections.

Il peut se faire que la migraine complexe et l'épilepsie aient la même cause dans quelques cas, et il se peut également que la migraine modifie la structure du cerveau et le prépare au mal épileptique. Dans beaucoup de cas d'épilepsie on retrouve la migraine dans l'histoire des ascendants. P.

XXII. **Paralysie de Landry**; par Philip Coombs Knapp et John Jenks Thomas. (*Journal of Nervous and Mental Desease*, février 1900.)

Il s'agit de trois nouveaux cas de paralysie de Landry dont un avec autopsie.

Résumé du premier cas : Une jeune femme bien portante est subitement prise de faiblesse et plus tard de paralysie des membres inférieurs, s'étendant aux bras, aux yeux, à la gorge, avec une certaine atteinte des sphincters, de légers troubles de la sensibilité (douleur, sensibilité exagérée et paresthésie), perte des réflexes et diminution de la réation faradique; mort au bout de quinze jours.

L'autopsie montra la dégénération des cellules nerveuses des cornes antérieures, la dégénération des racines nerveuses antérieures et postérieures et la dégénération des principaux nerfs périphériques, avec dilatation des vaisseaux sanguins dans la moelle et autour d'elle. Méthodes d'examen employées : Carmin, Weigert, Nisol, Marchi.

Résumé du deuxième cas : Homme bien portant subitement pris de faiblesse des jambes, puis de paralysie complète s'étendant aux muscles abdominaux, aux bras et au côté gauche de la face, avec perte des réflexes, atteinte des sphincters, et hypoalgésie sans hyperesthésie. Plus tard, il y eut une atrophie musculaire marquée, et la guérison se fit incomplète.

Résumé du troisième cas : Homme bien portant, jeune, est subitement pris de faiblesse dans les jambes, augmentant jusqu'à la paralysie complète et s'étendant aux muscles abdominaux et respiratoires, aux muscles de la face, à ceux de la mastication et de la déglutition. Réflexes perdus. Pas de troubles marqués de la sensibilité. Il y eut plus tard de l'atrophie musculaire avec guérison complète.

Discussion : Ces trois cas présentent trois terminaisons différentes de la paralysie de Landry, et en même temps invitent à quelques remarques sur les caractères cliniques de la maladie. Les lésions pathologiques montrent une connection serrée entre cette affection d'une part, la névrite multiple et la poliomyélite aiguë d'autre part. Au point de vue pathologique, elle est ces deux choses; au point de vue clinique, elle diffère du type habituel de l'une et l'autre de ces deux affections. La marche de la poliomyélite antérieure habituelle est tout à fait différente; commençant, comme la maladie de Landry peut elle-même le faire, par des signes d'une affection fébrile aiguë, elle affecte un nombre considérable de muscles du même coup et n'a pas l'allure progressive; les muscles abdominaux et respiratoires et ceux qui sont sous la dépendance des nerfs craniens sont rarement atteints et les

sphincters demeurent intacts. Les troubles sensitifs, sauf des sensations douloureuses, font défaut. Dans la névrite, les troubles sensitifs sont plus marqués. Le mal est moins souvent progressif et les nerfs craniens sont d'ordinaire épargnés. Dans aucune de ces deux affections nous ne notons la marche nettement progressive de la maladie de Landry, partant des pieds et remontant jusqu'aux nerfs craniens.

Bien que la substance toxique qui produit la paralysie de Landry soit, comme le plomb, élective, et se localise de préférence sur le neurone moteur, il faut se souvenir que des troubles sensitifs, consistant en une anesthésie des pieds et des extrémités des doigts, existaient dans le cas original de Landry. Les troubles sensitifs sont beaucoup moins marqués, mais ils ne sont pas très rares et la présence de dégénération des racines nerveuses postérieures, dans un de nos cas, en donne une explication partielle. La névrite qui existe si souvent peut affecter les fibres sensitives comme les motrices, bien qu'il y ait prédominance sur les fibres motrices. Le trouble des sphincters noté dans deux des cas, n'est pas habituel, mais il peut être expliqué en partie par la faiblesse des muscles abdominaux qui empêchaient tout effort effectif. Ces caractères se sont vus, bien que rarement, dans des cas de paralysie de Landry. Dans les deux cas qui guérirent il y eut une atrophie musculaire considérable et dans le cas fatal, une diminution dans la réaction des muscles au faradisme. Un des caractères les plus frappants de la paralysie de Landry, qui fut donné par Landry lui-même et confirmé depuis par la majorité des auteurs, est l'existence de paralysie complète sans atrophie musculaire et sans changements dans les réactions électriques. Westphal, en 1876, définissant la paralysie de Landry, disait qu'elle était caractérisée par sa marche ascendante progressive avec terminaison fatale, par le fait que les muscles paralysés conservaient intacte leur excitabilité électrique et par les résultats négatifs de l'autopsie. La marche ascendante progressive est essentielle; mais, comme le montrent deux de nos cas, la terminaison n'est pas inévitablement fatale et les résultats de l'autopsie ne sont pas négatifs. La question de l'atrophie et des modifications électriques restent à élucider. Depuis qu'il est établi que les lésions anatomiques dans la paralysie de Landry sont une dégénération des neurones moteurs périphériques, nous devons admettre a priori, si les notions modernes touchant la symptomatologie des affections nerveuses sont justes, qu'il doit résulter de ces lésions une atrophie musculaire et une modification dans les réactions électriques. Cependant l'atrophie musculaire et les modifications électriques demandent un certain temps pour se développer, et dans la paralysie de Landry la mort peut survenir avant que ses symptômes soient devenus appréciables. Les mé-

thodes ordinaires ne nous permettent pas de distinguer facilement de légers changements dans les réactions électriques. L'atrophie musculaire et les modifications électriques se rencontrèrent d'ailleurs dans un bon nombre de cas, et plus particulièrement dans ceux dont la terminaison ne fut point fatale. Il est plus aisé de croire que de légères modifications électriques sont passées inaperçues que d'admettre qu'une dégénération prononcée des neurones moteurs périphériques puisse exister sans modifications électriques. Dans les cas graves qui guérissent, l'atrophie et les modifications électriques doivent être recherchées, mais dans beaucoup de cas la mort survient avant que l'atrophie atteigne un degré appréciable. POULARD.

XXIII. **Traumatismes de la région cervicale simulant la syringomyélie**; par James Hendrie LLOYD. (*Journ. of Nerv. and Mental Desease*, février 1900.)

Premier cas. — Le malade, vu plusieurs années après sa fracture de la colonne cervicale, présentait avec une ressemblance très marquée, les symptômes de la syringomyélie, atrophie et paralysie des muscles de l'épaule, avec des contractions fibrillaires, et une paraplégie spasmodique sans atrophie des muscles de la jambe, et sans aucun trouble vésical ou rectal. La dissociation des sensibilités était bien marquée. Il y avait conservation de la sensibilité tactile, avec perte de la sensibilité à la chaleur, au froid et à la douleur; et, ce qui est plus remarquable, cette dissociation sensitive était unilatérale. La paralysie revêtait le type hemiplégique, et le symptôme de dissociation sensitive était entièrement limité au côté opposé à celui de la paralysie. C'était le syndrome Brown-Séquard, modifié cependant par l'absence de danesthésie tactile.

Autopsie. — Les lésions étaient unilatérales et intéressaient une moitié de la moelle presque tout entière. Mais à côté des autres régions fortement prises, le cordon postérieur, peu intéressé, jouissait d'uue immunité relative. — L'hémiplégie existait du côté de la lésion, la dissociation sensitive du côté opposé.

Deuxième cas. — Comme le précédent ce malade examiné dix ans après son traumatisme, présentait des symptômes analogues à ceux de la syringomyélie. Atrophie avancée des muscles des deux épaules, comprenant le deltoïde, le grand pectoral, les sus et sous-épineux, et la partie inférieure du trapèze ; les muscles des bras, des avant-bras et presque tous ceux des mains étaient également pris. Contractions fibrillaires marquées dans certains muscles atteints. Irritabilité musculaire beaucoup augmentée. Bras complètement ou presque complétement paralysés. Diminution de l'excitabilité aux courants électriques dans la plupart des muscles

atteints, tandis qu'on constatait une hyperexcitabilité pour les autres. Pas de chute de la tête. Jambes parétiques et contracturées. Exagération du réflxe rotulien. Trépidation épileptoïde. Pas d'atrophie musculaire aux membres inférieurs, pas de lésions trophiques ; pas de symptômes bulbaires ; rien du côté de la vessie.

Symptômes sensitifs : Douleur névralgique au niveau du cou et de l'occiput. Sensibilité tactile partout conservée. Thermoanesthésie, ou mieux, anesthésie au froid, dans la moitié droite du corps. Le malade distinguait mieux le chaud que le froid, et toujours appelait le froid, chaud. Analgésie marquée dans certains points de cette zone, mais ne s'étendant pas parallèlement à l'anesthésie au froid.

Autopsie. — La moelle dans la région correspondant à la fracture était déformée et un peu aplatie. A l'examen microscopique, on constata une déformation et une dégénération étendue. La substance grise est plus particulièrement atteinte. Les cornes postérieures le sont moins cependant que les antérieures. La substance blanche est également très dégénérée. Les lésions portent plus spécialement sur les cordons antéro-latéraux ; par conséquent les faisceaux pyramidaux latéraux, les cérébelleux directs, les fondamenteux antéro-latéraux, et les faisceaux de Gowers, des deux côtés, sont profondément atteints. Par contre les cordons postérieurs sont intacts et les faisceaux pyramidaux directs ne sont que peu altérés.

Au-dessous de la région cervicale, on trouve dans les cordons postérieurs une sclérose légère et très limitée, sans importance, et il n'en reste pas moins vrai qu'à côté des lésions constatées dans le reste de la moelle, celles des cordons postérieurs sont insignifiantes.

Discussion. — La comparaison des faits cliniques avec les recherches anatomiques, permet quelques considérations :

Dans le second cas il y a une destruction de la substance grise, et des faisceaux cerebelleux directs et des faisceaux de Gowers tandis que les cordons postérieurs sont relativement intacts. Cette intégrité des cordons postérieurs est probablement suffisante pour expliquer la conservation de la sensibilité tactile. Ainsi se trouve confirmée, dans ce cas comme dans le premier, l'opinion suivant laquelle les fibres préposées à la conduction du chaud, du froid et de la douleur suivent la substance grise dans les faisceaux de Gowers ; tandis que, la sensibilité tactile est transmise par les fibres des cordons postérieurs. Il n'y a aucune cavité dans la moelle, mais le siège des lésions dans la substance grise est en réalité le même que dans la plupart des cas de syringomyélie. Cette déduction est d'accord en partie au moins, avec celle d'observateurs de la plus haute compétence. (Van Gehuchten, Brissaud, Déjerine, Edinger.)

Van Gehuchten a résumé nos connaissances, sur ce point, de la façon suivante : Les fibres des cordons postérieurs, provenant des neurones des gauglions postérieurs servent à la conduction de la sensibilité tactile ; ces fibres sont directes c'est-à-dire non croisées et se terminent dans les noyaux des cordons postérieurs, autrement dit les noyaux grêles et cunéiformes. D'autre part, les impressions de froid, de chaud, de douleur sont transmises par l'intermédiaire de la substance grise, au moyen d'un second ordre de neurones, dont les corps cellulaires sont situés dans les cornes postérieures et dont les névraxes croisent la ligne médiane et remontent vers l'encéphale en suivant les cordons de Gowers. Van Gehuchten regarde les lésions de la syringomyélie comme démontrant cette marche des divers faisceaux sensitifs. Dans notre premier cas, cette disposition était clairement mise en évidence par le fait que la lésion était presque entièrement unilatérale, et que la thermo-anesthésie siégeait du côté *opposé* à la lésion, tandis que l'anesthésie tactile et l'hémiplégie étaient du *même* côté que la lésion.

Dans le second cas, la lésion n'est pas unilatérale, bien que la thermo-anesthésie soit confinée à un seul côté — condition qui peut s'expliquer par le fait que l'étude clinique fut faite quelques années avant la mort, et, dans ce cas, une dégénération progressive peut bien, dans cet espace de temps, avoir enveloppé la substance grise des deux côtés.

Dans la troisième édition de son livre Van Gehuchten, résumant nos connaissances sur le trajet des fibres sensitives dans la moelle, conclut que les impressions de douleur, de chaud et de froid sont transmises par les faisceaux de Gowers. Comme ces faisceaux sont formés en grande partie de fibres provenant des cellules nerveuses de la substance grise du côte opposé, cette conclusion est d'accord avec les faits pathologiques du premier cas surtout. Dans le second, la lésion de la substance grise n'est pas suffisamment unilatérale pour autoriser cette déduction, mais le cas prouve du moins que ces modes de sensation ne sont pas transmis par les cordons postérieurs.

Van Gehuchten, tend à adopter les résultats des expériences de Langendorff, lesquelles semblent prouver que les cordons postérieurs ne transmettent pas les impressions tactiles, mais que ces impressions doivent aussi passer par la substance grise, et atteindre l'encéphale par les faisceaux cérébelleux directs. L'auteur pense que cette conclusion, contraire à l'expérience clinique, n'est pas suffisamment établie par les expériences de Lagendorff. Il vaut mieux encore regarder les cordons postérieurs comme la voie des sensations tactiles. POULARD.

XXIV. Un cas d'amaurose hystérique monoculaire chez une jeune fille de onze ans ; par C. A. Veasey. (*Journ. of Nerv. and. Ment. Disease*, août 1900.)

Elle survint chez une petite fille de onze ans. Quelques semaines avant l'attaque de cécité elle se plaignit de douleurs sus-orbitaires et rétro-oculaires du côté gauche. Un matin elle se leva disant qu'elle ne voyait plus rien de l'œil gauche. Plusieurs jours après elle fut examinée. V (OD) = $\frac{6}{6}$. V (OG) = Nulle. Elle ne peut pas distinguer une lumière concentrée. Aucun signe extérieur d'affection oculaire. Aucune douleur. Pas de lésions ophtalmoscopiques du fond de l'œil. Réaction pupillaire normale. Un certain degré d'anesthésie de la cornée et de la conjonctive avoisinante. L'épreuve de Harlan fut employée, et la malade put lire facilement avec l'œil soi-disant « aveugle », les caractères correspondant à une acuité visuelle de $\frac{6}{6}$. Rétrécissement marqué du champ visuel pour les couleurs dans les deux yeux, avec inversion complète des champs visuels pour le rouge et le bleu. Même pendant la mensuration du champ visuel l'enfant ne parut pas s'apercevoir qu'elle voyait avec l'œil gauche, bien que le droit nécessairement, fût couvert. Il n'y avait pas de zones d'anesthésie de la face, si ce n'est sur la cornée et la conjonctive. La sensibilité sur le reste du corps ne fut pas explorée.

La malade partit avec l'assurance que son mal guérirait très vite. Le lendemain, la vision rétablie la veille, persistait. Quelques jours plus tard la vision restait normale dans les deux yeux, il n'y avait plus d'anesthésie cornéenne et conjonctivale, mais les champs visuels étaient encore quelque peu contractés et inversés.

On pourrait dire que l'enfant simulait, mais son âge, sa bonne disposition d'esprit, l'existence d'une anesthésie cornéenne et conjonctivale, l'inversion des champs visuels pour les couleurs, et ce fait qu'aucun effort ne fut fait pour dissimuler la vision après son rétablissement, ne permettent pas d'avoir cette opinion.

P.

XXV. Une forme de névrite subaiguë par compression ; par Th.-H. Kellogg. (*Jour. of Nerv. and Ment. Disease*, nov. 1900.)

Définition. — Névrite subaiguë par compression des branches du plexus brachial, consistant plus spécialement en troubles sensitifs et moteurs dans la région de distribution du nerf cubital.

Etiologie. — La cause immédiate est la compression des nerfs intéressés bien que des états autotoxiques et diathésiques puissent

agir comme causes prédisposantes. Cette affection se rencontre souvent chez les déments auxquels on met des camisoles de force et chez les personnes qui portent des habits aux manches trop étroites (« the coat sleeve arm »). On la qualifie souvent de rhumatismale ou névralgique, mais l'amélioration ne survient qu'après découverte et éloignement de la cause mécanique; ce sont des exemples de névrite subaiguë par compression. La paralysie brachiale des nouveau-nés, la paralysie musculo-spinale des buveurs, la paralysie des porteurs de béquilles sont des affections analogues bien que souvent plus sévères.

Symptômes. — Suivant l'intensité de la compression, le début est soudain ou graduel; le summum de paralysie est atteint en un jour ou après des semaines. D'abord, engourdissement dans le petit doigt et l'annulaire, avec picotement et fourmillement. Puis paresthésie de toutes les parties de la zone de distribution cubitale. Douleur considérable ou insignifiante. Enfin une anesthésie bien marquée peut survenir, avec vaso-constriction dans les doigts, ensemble qui ressemble au phénomène du « doigt mort ». Quelquefois, sensibilité sur le trajet du nerf cubital, mais sans points sensitifs au poignet et au coude comme dans la névralgie cubitale.

Dans les cas plus sévères, la motilité est atteinte; il y a difficulté dans l'adduction et l'abduction, ainsi que dans la flexion des quatrième et cinquième doigts. Dans les cas très sévères les nerfs musculo-spinal et médian peuvent être pris, ce que l'auteur n'a pas personnellement observé.

Marche clinique. — Durée de quelques semaines ou même des mois, quand la cause n'est pas éloignée. Récidives faciles sous la même influence mécanique.

Traitement. — Avant tout, l'éloignement de la cause mécanique.

P.

XXVI. **Etudes sur l'astéréognose**; par F.-X. Dercum. (*Journ. of Nerv. and Mental Disease*, novembre 1900.)

Ces études ont porté sur 114 cas variés de maladies nerveuses dont le plus grand nombre étaient des hémiplégies, des diplégies, des scléroses postérieures, des paraplégies ataxiques, des névrites multiples, etc... Elles ont permis de tirer certaines conclusions sur la nature des facteurs qui créent l'astéréognose et sur la valeur clinique de ce symptôme.

Facteurs de l'astéréognose : 1° La perte ou l'affaiblissement du sens de l'espace est le plus important des facteurs de l'astéréognose. Cependant l'astéréognose peut exister avec conservation du sens de l'espace. Ce fait a été observé dans un seul cas d'hémiplégie, dans lequel il y avait, cependant, perte de la loca-

lisation, perte de la notion de position des doigts et une contracture secondaire marquée; 2° après le sens de l'espace, vient par ordre d'importance la notion de position des doigts et l'ataxie du mouvement; 3° la seule conservation de l'aptitude à percevoir les impressions tactiles et la conservation des sens de pression de température et de douleur sont suffisantes pour prévenir la perte du sens stéréognostic.

Importance clinique de ce symptôme : Il est certain que l'astéréognose peut être due à des lésions du cerveau, de la moelle ou des nerfs périphériques. L'astéréognose peut être périphérique ou centrale. Dans beaucoup de cas l'astéréognose a une origine indubitablement corticale. C'est le cas dans la démence; c'était le cas dans une observation de tumeur cérébrale intéressant le cortex, rapportée par Drs Mills et Keen (26e congrès annuel de l'American Neurological Association 1900). Mais, s'il est certain que l'astéréognose peut être tantôt corticale, tantôt périphérique, il est difficile de donner des signes différentiels entre ces deux variétés. Il n'est cependant pas impossible d'essayer d'établir une distinction : les impressions variées reçues par le cortex des diverses sources qui concourent à la perception stéréognostique doivent être combinées dans le cortex pour donner naissance à l'image mentale de l'objet senti. Supposons un cas dans lequel les divers facteurs importants de la perception stéréognostique sont tous conservés; et malgré cela l'astéréognose existe. On aura, dans ce cas, de sérieuses raisons pour admettre une origine corticale. De plus, si avec astéréognose, on constate des pertes spécifiques ou isolées comme, par exemple, la perte du sens de la pesanteur, de la position des doigts ou l'ataxie du mouvement sans aucun signe d'affection nerveuse périphérique ou médullaire, il sera assez juste d'admettre une lésion cérébrale. De telles manifestations n'indiqueraient pas seulement une lésion corticale; elles dénoteraient la lésion d'une région plus précise de l'écorce, la partie postérieure du lobule pariétal supérieur.

Il est impossible de dire dans quelle mesure la perte du sens de l'espace dépend de lésions nerveuses, médullaires ou cérébrales. Bien que la fonction remplie par le sens de l'espace soit probablement d'origine exclusivement corticale, on constate sa disparition, aussi bien dans les lésions nerveuses périphériques, que médullaires ou corticales. POULARD.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

Séance du 4 juillet 1901. — Présidence de M. le professeur Raymond.

Abcès du cerveau.

MM. Heitz et Bender présentent l'hémisphère droit du malade mort à la suite d'une série de crises d'épilepsie jacksonienne gauche. Ce malade était porteur d'un vaste épanchement pleural purulent à streptocoques. Les crises survinrent brusquement, débutant invariablement par la déviation conjuguée de la tête et des yeux à gauche, puis convulsant la moitié gauche de la face, et se généralisant enfin. Il y en eut en tout 21, toutes semblables. La lésion était un abcès gros comme une noisette, placé à la partie profonde de l'écorce, et où l'examen histologique montra des chaînettes de streptocoques. Il siégeait à la partie postérieure de la 2e temporale. Cette localisation diffère de celles trouvées dans des cas cliniques semblables par les observateurs précédents (partie postérieure de la 1re et 2e frontale, gyrus sous marginal). On peut être tenté de rapprocher cette localisation au lobe temporal des résultats expérimentaux de Ferrier et de Schäfer, qui par l'excitation de la 1re et de la 2e temporale, ont obtenu de la déviation conjuguée, sans doute par action réflexe évoquée par une sensation auditive, d'origine irritative et expérimentale.

Aphasie

M. Brissaud présente un vieillard non hémiplégique, mais dont les réflexes sont altérés d'un côté et dont la face est asymétrique. Après quelques troubles mentaux très légers (idées vagues de persécution, crainte de devenir fou), cet homme fut renversé par un omnibus et eut un ictus à la suite de cet accident. Depuis lors, lorsqu'il veut parler, il émet sur un ton amphatique et oratoire des syllabes associées en désordre et sans aucun sens parmi lesquelles les seuls mots intelligibles sont « sire, roi, devoir », il ne comprend ni ce qu'on lui dit, ni ce qu'il dit, ni le geste. On pourrait le prendre pour un délirant. Il n'est pourtant qu'un aphasique.

Sclérodermie.

M. Brissaud présente un homme qui a eu aux deux mains et présente encore à la main gauche une sclérodermie très marquée des doigts rétractés en griffes ; la sensibilité n'est altérée qu'aux dernières phalanges selon le type syringo-myélique (dernier métamère périphérique). La main droite seule traitée par les cataplasmes est guérie, la main gauche va être traitée. Les longues applications de cataplasmes, et les boues de Dax sont très efficaces dans de tels cas.

Tic et Paralysie.

M. Ballet rapporte le cas d'un homme de soixante-dix ans qui avait un tic vulgaire non douloureux de la face depuis trente-sept ans. Survint une paralysie faciale, le tic disparut et ne reparut pas après la guérison de la paralysie.

Paralysie totale et isolée de la troisième paire par ramollissement pédonculaire.

MM. Achard et Léopold Levi. Lorsqu'une lésion pédonculaire produit une paralysie de la 3e paire, elle détermine le plus souvent en même temps une hémiplégie croisée ; c'est le syndrome de Weber. Pour qu'elle produise seulement une paralysie isolée de la 3e paire, il faut qu'elle soit limitée, ce qui est exceptionnel.

Nous en avons observé un cas chez une vieille femme, à la suite d'une attaque apoplectique. La paralysie de la 3e paire était totale ; la face et les membres étaient indemnes. La mort survint au bout de trois semaines par gangrène sénile et l'autopsie montra l'existence d'un petit foyer de ramollissement à la partie interne du pédoncule cérébral du même côté. Ce foyer pénétrait dans la profondeur de la calotte pédonculaire et se terminait entre l'aqueduc de Sylvius et le noyau rouge, sectionnant dans l'intérieur du pédoncule les filets d'origine du moteur oculaire commun.

Sclérose en plaques.

M. Touche montre les coupes d'un cas de sclérose en plaques étendu à tout le névraxe, ayant déterminé des mouvements choréïques sans nystagmus ; il insiste sur la coexistence dans ce cas du rire spasmodique avec une destruction complète du vermis inférieur.

L'encéphalite aiguë sénile.

MM. F. Raymond et Cl. Philippe ont pu observer chez des vieilles femmes à la Salpêtrière, quatre cas avec autopsies d'*encéphalite*

aiguë, caractérisée incontestablement par une véritable inflammation de la substance cérébrale (écorce, faisceaux blancs, même noyaux opto-striés) ; encéphalite ordinairement limitée à un seul hémisphère.

Cliniquement, il existe une *période prodromique* qui peut se dérouler brusquement en pleine santé, mais aussi souvent dans le cours d'une affection pulmonaire (douleurs de tête ; asthénie physique et psychique ; parfois incohérence légère dans les idées et la conversation). Puis survient le symptôme capital, l'*hémiplégie motrice*, du type cérébral, précédée ou non d'un ictus apoplectique et accompagnée parfois de phénomènes spasmodiques rappelant les contractures précoces de certains hémiplégiques. La mort survient rapidement avec une fièvre progressivement croissante et le coma terminal.

Certes, cette symptomatologie rappelle la symptomatologie classique du ramollissement cérébral ischémique à évolution progressive. Et cependant les auteurs ont trouvé des lésions polymorphes variant d'un point à l'autre et sûrement non ischémiques puisque les oblitérations vasculaires font défaut.

Ils décrivent deux types histologiques principaux. Dans l'encéphalite aiguë, *type dégénératif*, dénomination que MM. F. Raymond et Cl. Philippe préfèrent à celle d'encéphalite hémorrhagique surtout employée en Allemagne, à la suite du travail fondamental de Wernicke, les altérations ne se limitent pas aux hémorrhagies bien connues, à la fois périvasculaires et interstitielles ; toujours, grâce aux nouvelles techniques (méthodes de Nissl, de Marchi) il est possible de trouver de grosses lésions au niveau des cellules et des tubes nerveux (cellules d'abord petites avec chromatolyse et même achromatose, homogénéisation du noyau et perte des prolongements ; plus tard, destruction totale ; cylindre-axes démyélinisés, nus et moniliformes, finalement détruits ; corps granuleux et granulations myéliniques répandus partout, quoique moins abondants que dans un foyer de ramollissement vrai) ; dans cette forme, la névroglie subit, elle aussi, une dégénération progressive, ce qui amène l'élargissement des mailles de son réticulum ; bref, ce type rappelle, trait pour trait, les altérations de la myélite aiguë de Leyden, encore appelée myélite à corps granuleux. L'autre type, *encéphalite aiguë hyperplastique*, décrite il y a déjà près de trente-cinq ans par le professeur Hayem et trop oubliée depuis, présente, outre les altérations dégénératives précédentes des amas de cellules volumineuses, polygonales et surtout épithélioïdes, bien tassées les unes contre les autres et fréquemment chargées de granulations graisseuses : toutes cellules en voie de prolifération très marquée comme le démontrent les nombreuses figures de division, directe et indirecte, constatée en pleine substance nucléaire.

Les relations entre ces deux types d'encéphalite aiguë ne sont pas faciles à déterminer pour l'instant, mais dès maintenant la clinique et l'anatomie pathologiques permettent d'admettre en pathologie humaine l'*inflammation aiguë, non suppurée*, de la substance cérébrale, inflammation si longtemps niée; cette encéphalite est au moins aussi fréquente que la myélite aiguë et elle tient sous sa dépendance beaucoup des hémiplégies et autres phénomènes cérébraux observés chez le vieillard.

Rire et pleurs spasmodiques par ramollissement nucléo-capsulaire antérieur, syndrome pseudobulbaire par désintégration locunaire bilatéral du putamen.

MM. E. Dupré et Devaux. — L'observation anatomique et clinique de ce cas présente un double intérêt : d'une part elle confirme la localisation établie par Brissaud de la lésion du rire et du pleurer spasmodique dans le bras antérieur de la capsule interne. D'autre part, elle offre un exemple instructif de l'association sur le même cerveau de lésions multiples de désintégration lacunaires, récemment étudiées par Marie et dont le siège bilatéral dans le putamen à déterminer chez le malade, l'apparition du syndrome pseudo-bulbaire.

Homme artério-scléreux, soixante-trois ans. Deux ictus apoplectiques antérieurs. Hémiplégie droite incomplète avec contracture, troubles dysarthriques et dysphasiques, écoulement de salive, léger affaissement dementiel; rire et pleurer spasmodique : cachexie, gâtisme, coma, mort. A l'autopsie, trois petits foyers de ramollissement siégeant dans la partie antéro-externe du noyau et intéressant le bras antérieur de la capsule interne que la cavité de l'un des foyers traverse, en passant de la tête du noyau caudé à celle du noyau lenticulaire. Présence multiple et bilatérale de petits foyers de désintégration lacunaire dans le putamen. Etat criblé, disséminé dans le centre ovale. Dégénération pyramidal gauche. Intégrité du thalamus.

Cette observation confirme, après celles de Brissaud, Remuno Rinzgio Mingozzini, etc., la localisation centrale de la lésion du rire et du pleurer spasmodique. Elle montre différents états existant du cerveau, et leurs conséquences cliniques en rapport avec leur distribution topographique.

MM. H. Meige et Feindel rapportent un cas de tics multiples chez un jeune homme dégénéré infantile.

Lymphocytose dans la paralysie générale et la méningite tuberculeuse.

MM. Anglade et Chocraux montrent par des préparations d'un

haut intérêt que cette lymphacytose prend naissance par lésion de l'endothelium des vaisseaux qui rompent au fond des sillons des hémisphères et par lésion endothéliale des vaisseaux sous-épithéliaux de l'épendyme. Ce signe de début plaidait donc en faveur de la lésion vasculaire précoce dans la paralysie générale.

La névroglie dans la paralysie générale.

M. Anglade au moyen de son procédé personnel qu'il a récemment perfectionné, montre la prolifération névroglique se faisant de la périphérie vers le centre et rompant les neurondes.

Hémispasme et torticolis.

M. Babinsky présente un cas d'hémispasme avec torticolis spasmodique chez un polisseur de pierres précieuses, dont le travail exige une attitude analogue à celle qu'impose la maladie. Il existe chez le malade des signes d'irritation du faisceau pyramidal.

MM. Laignel-Lavastine et Vigouroux rapportent l'histoire d'un malade atteint de *ptosis gauche avec strabisme externe, hémiparésie droite* et déviation à droite de la langue lésion pédonculaire par tubercule isolé probable. Ils citent aussi un cas d'ophtalmoplégie totale et complète gauche avec cécité. Gliome probable de la base avec compression de toutes les origines oculomotrices.

Paralysie du grand hypoglosse.

MM. P. Marie et Guilain présentent un malade atteint d'une hémitrophie de la langue ; celle-ci tirée est déviée du côté de l'atrophie, au repos dans la bouche elle est déviée du côté sain. Il s'agit d'une paralysie périphérique par compression du grand hypoglosse (ganglions tuberculeux).

Thermogénèse des tabétiques.

MM. Marie et Guiloin ont constaté que la température des tabétiques est constamment au-dessous de la normale.

Adipose douloureuse et arthropathies.

MM. Heitz et Reynon présentent une malade dont l'adipose douloureuse est devenue indolore lors de l'apparition d'arthrites.

Deux autopsies de maladie de Friedreich.

MM. Cl. Philippe et J. Oberthur apportent l'examen histologique de deux autopsies de maladie de Friedreich, dont l'une

présente cette particularité intéressante de s'être développée dans les premières années de l'infection, tardivement après l'âge de vingt ans, chez un syphilitique.

Rapprochant leurs observations des autres cas authentiques, déjà publiés au nombre de 19 ou 20, ils signalent la constance de la sclérose des cordons et racines postérieurs et surtout *l'intensité des altérations de la substance grise* (corne postérieure, cellules cordonales, colonnes de Clarke); *la variabilité de la sclérose des cordons antéro-latéraux*, depuis l'atteinte légère du faisceau pyramidal croisé jusqu'à la prise considérable de tous les faisceaux (f. moteur; f. de Gowers; f. cérébelleux direct; fibres commissurales courtes); très vraisemblablement, cette variabilité de la sclérose antéro-latérale, rend compte du développement plus ou moins considérable des phénomènes spasmodiques constatés en clinique. La maladie de Friedreich est bien une affection *médullaire* différente du tabes et indépendante d'une sclérose ou d'une dysgénésie du cervelet, lésion toujours absente dans les cas authentiques, comme les auteurs ont pu encore le constater en étudiant surtout l'état des pédoncules cérébelleux. Elle est également remarquable par le grand développement de la sclérose névroglique, sclérose toujours très végétante, non seulement dans les zones dégénérées, mais encore sous l'épendyme du 4e ventricule et de l'aqueduc de Sylvius et sous la pie-mère médullaire.

Tumeur cérébrale à forme psycho-paralytique.

MM. Cestan et Lejeune rapportent l'observation d'une femme ayant présenté de la névrite optique œdémateuse, des céphalées et des vomissements, signes révélateurs d'une tumeur cérébrale. Le diagnostic de siège fut fait d'une part par l'existence d'attaques partielles du côté droit d'autre part, par la présence de troubles psychiques particuliers. En effet, à l'autopsie, les auteurs ont trouvé un sarcome fasciculé avec formations pseudo-kystiques, de la grosseur d'une orange, ayant comprimé la F I, la F^1, la F^2, la partie moyenne de la F^3 et la F , du cerveau gauche. Ils existent sur l'engagement du cervelet dans le trou occipital sous l'influence de l'hypertension de liquide céphalo-rachidien et du développement énorme de la tumeur; d'autre part, ils montrent que les désordres mentaux présentés par la malade sont différents de ceux que produisent en général les tumeurs cérébrales quel qu'en soit le siège, et permettaient ainsi, associés aux troubles moteurs, de localiser la tumeur dans le lobe frontal.

Contribution à l'étude histologique du mal de Pott cancéreux.

M. Oberthur. — Dans beaucoup de cas les accidents de com-

pression carcinomateuse de la moelle et des racines ne relèvent pas d'une localisation secondaire, comme le pensait Tripier, au niveau des corps vertébraux, gagnant de là les enveloppes et la moelle. Il s'agirait bien plutôt d'une invasion méningée au niveau de l'émergence des racines dans les trous de conjugaison par l'entremise des lymphatiques venus des organes thoraciques et abdominaux. L'ordre d'apparition des symptômes cliniques plaide déjà en faveur de cette manière de voir.

Les cas d'évolution peu avancée comme celui présenté ici sont favorables à la théorie méningée. Ce cas présente en outre des lésions des racines qui permettent d'étudier l'invasion des tubes nerveux par les tumeurs épithéliales.

Etude d'un cas de paraplégie diabétique.

M. G. Marinesco. — Il s'agit d'un paysan âgé de vingt et un ans, qui au mois d'octobre 1899 fut pris d'une soif impérieuse. La quantité d'eau qu'il absorbait par jour depuis, a varié entre 10 et 20 litres. En même temps a paru la polyure; l'urine était claire et la quantité évacuée est allée jusqu'à 19 litres en 24 heures. La polydypsie et la polyurie se sont accompagnées de polyphagie et d'autophagie ; de sorte que le malade a maigri d'une façon considérable. L'urine contient 50 grammes de sucre par litre. Les réflexes patellaires sont abolis, les réflexes crémastériens affaiblis, les réflexes pupillaires persistent. En dehors de l'émaciation des muscles qui est générale, on constate une atrophie des muscles de la jambe, prédominant dans les extenseurs. Le malade ne peut marcher qu'appuyé des deux côtés; la démarche ressemble au steppage; cependant, ainsi que l'analyse cinématographique le démontre, le malade aborde la terre par le talon et jamais par la pointe, comme cela arrive ordinairement dans le steppage.

L'examen du système nerveux central et périphérique ainsi que celui des muscles nous a décelé les lésions suivantes: le bulbe est d'apparence normale, et la méthode de Nissl ne décèle pas de lésions du côté des cellules nerveuses. Par contre, il existe sur toute la région lombaire sacrée de la moelle et particulièrement dans le groupe postéro-latéral, des cellules altérées, qui présentent une ressemblance surprenante avec les cellules auxquelles on a coupé le cylindraxe, c'est-à-dire elles offrent le type des lésions secondaires qui consistent, ainsi qu'on le sait, dans la chromatolyse périnucléaire avec émigration du noyau. Les nerfs périphériques des membres inférieurs sont dégénérés, mais cette dégénérescence peu accentuée dans la région des nerfs sciatique et crural, est au contraire extrêmement accusée dans les nerfs sciatique poplité externe, où sur les coupes transversales des faisceaux nerveux on ne voit pas beaucoup de fibres saines.

En résumé, l'altération, qui a déterminé la paraplégie avec steppage dans ce cas, c'est la dégénérescence primitive des nerfs périphériques ; tandis que les lésions des cellules radiculaires sont secondaires à cette dégénérescence.

MM. Cl. Philippe et B. Eide ont pu étudier par la méthode de Nissl les allures des ganglions rachidiens dans cinq cas de polynévrite très variables quant à leurs symptômes moteurs et sensitifs et également quant à leur durée. Ils arrivent à cette conclusion : Au cours des polynévrites, les cellules des ganglions rachidiens ne sont pas prises avec la même constance que les grandes cellules radiculaires des cornes antérieures de la moëlle épinière. Cela paraît dépendre de l'intensité et de la durée de la polynévrite. Les lésions incontestables paraissent être surtout dues aux formes à prédominance sensitive et de longue durée. En outre, les types lésionnels sont plus nombreux que ceux rencontrés dans la cellule radiculaire motrice.

M. Dupré rapporte un cas de pachiméningite chez un malade atteint de méningite tuberculeuse soupçonné à tort de mal de Pott. F. Boissier.

SOCIÉTÉ D'HYPNOLOGIE ET DE PSYCHOLOGIE

Séance du 18 juin 1901. — Présidence de M. Voisin.

Deux cas d'incontinence nocturne d'urine guéris en une seule séance de suggestion pendant le sommeil naturel.

M. Bourdon (de Méru). — Il s'agit d'un garçon de neuf ans et d'une fillette de onze ans. Pendant qu'ils dormaient de leur sommeil normal, je les ai suggestionnés, suivant la technique décrite par M. Paul Farez. La guérison, obtenue en une seule séance, s'est maintenue depuis plusieurs années.

M. Paul Farez. — Le cas d'incontinence que j'ai récemment rapporté avait aussi été guéri en une séance. La rapidité et la persistance de ces guérisons est à signaler à ceux qui, systématiquement, déclarent la suggestion pendant le sommeil naturel impraticable ou inefficace. Ce mode d'intervention sera souvent mieux accepté et même plus facilement applicable que la suggestion hypnotique proprement dite ; peut-être même deviendra-t-il la méthode de choix contre l'incontinence d'urine.

M. Pau de Saint-Martin. — J'ai aussi traité une incontinence d'urine par suggestion pendant le sommeil naturel, en me conformant à la technique de M. Farez. Il m'a, il est vrai, fallu plusieurs séances, mais la guérison a été complète et définitive.

M. Bérillon. — C'est la suggestion sous toutes ses formes qui modifie le plus sûrement l'incontinence ; les nombreux médicaments prônés comme spécifiques n'agissent ici que par suggestion.

Influence du psychique sur les fonctions utérines.

M. Félix Regnault étudie l'influence du psychique sur les métrorragies, les aménorrhées, l'avortement, les hémorragies, les contractions utérines, les fausses grossesses, etc.

M. Jules Voisin. — Une jeune fille de mon service avait des règles qui duraient douze ou quinze jours et elle en était devenue très anémique. Par la suggestion hypnotique, j'ai limité ses règles à une durée de cinq jours et c'est ainsi qu'indirectement j'ai guéri cette anémie.

Un cas de rêve obsédant.

M. Bérillon présente une jeune fille qui, à la vue d'un incendie, a été prise d'attaque convulsive hystérique. Depuis lors, chaque nuit, elle revoit en rêve la scène de l'incendie. Ce rêve émotionnel provoque des crises très fréquentes. Hypnoptisée, cette jeune fille présente les trois États et les phénomènes somatiques qui les caractérisent ; on peut renouveler sur elle les expériences classiques de la Salpêtrière.

Œdème bleu des hystériques.

M. Jules Voisin rapporte un cas d'œdème bleu qui occupait la main, le poignet, le tiers inférieur de l'avant-bras et qu'il a fait disparaître en vingt minutes par la suggestion.

M. Hikmet (de Constantinople) rapporte un cas analogue d'œdème bleu du pied chez une hystérique qui, après ses attaques convulsives, présentait des hémoptysies.

M. Bérillon. — Dans les œdèmes qui surviennent chez les cardiaques, M. Huchard enseigne que les diurétiques n'agissent guère qu'après une mise en train. Celle-ci s'obtient, soit par le massage, soit par la suggestion. Je me rappelle le cas d'un individu qui, atteint d'anasarque, n'urinait pas depuis plusieurs jours, malgré de nombreux diurétiques. Je l'ai vu avec Mesnet ; en employant la suggestion, nous avons pu le dégonfler et provoquer une très abondante diurèse.

M. Félix Regnault. — Il faut, en effet, bien spécifier, et de nombreux exemples le prouvent, que la digestion n'agit pas seulement sur le psychique, sur des idées, des obsessions, des impulsions. Elle peut ou produire ou faire rétrocéder des épanchements, des collections séreuses, des modifications organiques visibles et tangibles.

M. Jules Voisin. — J'ai pu, de nombreuses fois, supprimer par suggestion une hydarthrose à répétition qui survenait au genou chez une jeune fille de mon service toutes les fois qu'elle avait envie de ne pas travailler et de rester couchée.

M. Bourdon (de Méru). — J'ai modifié également par la suggestion une petite tumeur de la région axillo-mammaire décrite jadis par Potain sous le nom de pseudo-lipome des arthritiques.

BIBLIOGRAPHIE.

V. *Swedenborg (Histoire d'un Visionnaire au XVIIIe siècle)*; par G. Ballet. (Paris, Masson, 1899.)

Il n'est personne parmi les neurologistes et les psychologues qui n'ait été arrêté par l'étrange figure de Swedenborg, mais sans avoir pu s'en faire une idée explicitement précise. Le terme flou d'illuminé ne satisfait pas plus l'esprit que l'indécision dans laquelle nous laisserait la lecture de la foule d'écrits publiés à propos de cette personnalité. La plupart de ceux-ci ne sont que des relations d'admirateurs animés du plus vif prosélytisme, auxquels se mêlent quelques détracteurs passionnés. Si d'autre part beaucoup de philosophes, comme Kant, ont incidemment abordé l'étude de ce caractère en des passages plus ou moins importants de leurs travaux, ils en sont restés comme Gorrès et Ideler à une vague pathologie.

Morel lui-même ne consacre qu'une faible part de son court mémoire à la mentalité de Swedenborg et cherche plutôt à s'expliquer l'influence de cet esprit bizarre sur ses nombreux adeptes. Aucune synthèse ne se dégage de cette abondante littérature, en laquelle il est même facile de s'égarer, et, le champ restant libre à la critique scientifique, M. Ballet en a pris possession avec une heureuse sagacité. Il a dû, pour en venir à bout, dépouiller le fouillis de toutes les productions ci-dessus mentionnées au milieu duquel il a par bonheur trouvé la biographie consciencieuse due à Matter,

puis il a fallu lire les innombrables autant que volumineuses œuvres de Swedenborg lui-même, et ne s'en tenant pas encore là, il s'est mis en rapport avec quelques sectateurs de la religion swedenborgienne allant jusqu'à assister parmi eux à un de leurs offices. Aussi M. Ballet a-t-il atteint le fond de son sujet et trouvons-nous dans son livre tout ce que fut le prophète suédois et la formule exacte de ce qu'il en faut penser.

Connaissant suffisamment Swedenborg on est porté à croire qu'il y a eu en lui deux hommes bien distincts et que cette manière de dédoublement s'était produite dans le temps et dans l'espace. Dans la première moitié de sa vie il aurait été un savant exact, génial et fécond, dans la seconde un pur visionnaire ; d'autre part au moment même où il aurait vécu en pleine hallucination, l'homme de science, le parlementaire disert et l'homme du monde auraient persisté intacts, à côté du délirant.

M. Ballet, en nous conduisant à travers les détails successifs de cette existence, nous montre qu'il n'y a eu en réalité aucun changement soudain, aucune scission brusque dans la carrière de Swedenborg. Tous les événements grands et petits qui distinguent celle-ci sont tout simplement le résultat logique et en quelque sorte prévu, les étapes régulières d'une évolution mentale univoque. Commençant en 1688 l'enfance même de Swedenborg a été remplie d'une religiosité foncière qui en a marqué et dirigé tous les actes, entretenant dans son esprit une sollicitude spéciale. C'est cette religiosité même qui a lancé dans l'étude acharnée cette belle intelligence. Anxieux de trouver par la voie des sciences l'explication des mystères divins et la confirmation des données de la foi, le jeune homme se donna tout entier aux sciences exactes, à l'astronomie, à la géologie, à l'histoire naturelle et l'homme mûr à la métaphysique jusqu'en 1736, publiant sur toutes ces matières quantité de volumes dont beaucoup, pour l'époque, étaient des modèles. Mais n'ayant pas trouvé de ce côté les solutions si ardemment poursuivies il se confine de 1736 à 1745 dans la physiologie, espérant être plus heureux en cherchant l'âme dans « le microcosme qu'elle habite ». Bien qu'il fut d'ailleurs un mauvais physiologiste étant imbu déjà de mysticisme et hanté de l'idée des causes finales, il eut pourtant des aperçus intéressants sur divers sujets et particulièrement sur le foie et le poumon et conçut l'idée du lobule hépatique et pulmonaire. Il ajoutait encore des traités considérables à la somme déjà extraordinaire de ses ouvrages antérieurs, fécondité qui à elle seule eut suffi dès ce moment à caractériser une véritable anomalie.

Ici se terminerait la prétendue première période de cette vie, pendant laquelle M. Ballet nous fait voir un esprit, prédisposé dès le berceau, s'infiltrer tous les jours davantage de tendances théosophiques, le savant naître de ces mêmes tendances et se stimuler

par elles. Nous le voyons voyager sans cesse et s'isoler en des méditations et des rêves interminables extra-sicentifiques souvent et déjà peut-être alimentés par de vagues hallucinations encore inconnues. Aussi la transition nous semble-t-elle malgré tout naturelle quand nous le voyons pénétrer dans la période dite seconde et franchement délirante de sa carrière à la suite de la fameuse hallucination de Londres. On sait comment cette dernière se produisit, préparée par une longue retraite de contemplation mentale intensive, par un travail cérébral excessif, par une frugalité extrême et peut-être par l'âge même de soixante-huit ans qu'il venait d'atteindre. Dînant seul, dans une chambrette retirée que son restaurateur lui réservait, il vit, précédé de phénomènes lumineux et zooptiques, Dieu qui lui dit d'une voix irritée : « ne mange pas tant ! » Il lui fallut dès ce moment avoir recours à l'exégèse spéciale, à l'aide de laquelle déjà il trouvait un sens particulier et connu de lui seul aux textes sacrés, pour ôter à cette parole ce qu'elle paraît avoir de trivial et même d'un peu ridicule et puéril pour une première visite de la divinité. Tel fut pourtant le chemin de Damas de Swedenborg dont les visions, de ce jour incessantes, furent connues de tous et lui inspirèrent après les « *Arcana cœlestia* » les innombrables et énormes publications religieuses, fruit de ses extases et des hallucinations compliquées où il se complut pendant tant d'années. L'équilibre, depuis toujours instable et tous les jours ébranlé davantage, avait achevé de se rompre. Swedenborg cause avec des personnages historiques et autres, morts depuis des siècles ou depuis peu mais seulement avec ceux dont les noms au moins lui sont connus ; il s'entretient avec l'esprit des habitants des planètes, il assiste à des cérémonies dans le ciel, à des scènes de l'enfer, au jugement dernier.

Entre temps, il éprouve plusieurs fois des phénomènes de télépathie et donne au moment même où il se produit les détails d'un incendie qui éclate à des centaines de lieues.

Aussi actif à quatre-vingts ans qu'à quarante ans, écrivant et faisant sans cesse le trajet de Londres à Stockholm, il conserve une attitude correctement zélée au parlement et dans le monde, s'isolant seulement volontiers en dehors de ses devoirs sociaux.

Vers la fin de cette vie hallucinatoire de vingt-sept ans, un ictus survient en 1771 amenant une guérison temporaire au grand chagrin du théosophe qui regrette ses visions.

Les hallucinations de Swedenborg tiennent surtout du rêve ; toujours mystiques dans leur contenu, elles sont visuelles, générales et verbales, combinées à toutes les formes des hallucinations de l'ouïe, aux hallucinations psychiques à forme de langage cogitatif interne et psychomotrices et à celles de la sensibilité générale.

Il amenait par le recueillement de la prière le degré de distraction nécessaire pour amener ces phénomènes oniroïdes et extati-

ques. Son état d'esprit fut d'autre part celui des anormaux de la même catégorie. L'indifférence à l'égard de sa famille qu'il abandonne dénote bien l'état affectif typique en pareil cas ; la conviction de la mission céleste pour laquelle il est choisi et son dédain pour les autres prophètes met en évidence la partie mégalomaniaque d'un délire auquel n'ont pas manqué les persécutions mystiques par le diable et les mauvais esprits, tout cela sans que chez lui la désagrégation mentale ait jamais été complète, sans démence terminale même, mais toujours avec une critique seulement insuffisante. Swedenborg n'a pas été un hystérique pas plus que les grands mystiques purs qu'on a pu rapprocher des érotiques et dont il faut aussi le distinguer; chez lui en effet l'élément intellectuel précède et domine l'élément affectif et Matter cherchant à séparer les mystiques de théosophes, dit que : « leur objet est le même » ; Dieut su, vu, et atteint.

« Mais le mysticisme va du sentiment où il débute à la haute spéculation où il ne s'arrête plus ; la théosophie va de l'idée spéculative où elle débute, au sentiment où elle aime à ne trouver plus ni fin ni limite. Aussi ces deux doctrines se rencontrent-elles presque toujours et se confondent-elles quelquefois ». (*Ballet.*, p. 165). Le voyant de Stockholm se rapprocherait donc plutôt du théosophe de Matter, mais il faut aussi le distinguer du délirant systématisé progressif dont la marche diffère et dont tout l'ensemble de la mentalité est altérée par les conceptions délirantes. M. Ballet propose pour le cas de Swedenborg et de ses pareils la dénomination très heureuse de *Théomanie raisonnante.* Il compare cet état à celui des régicides étudiés par Régis : même pathogénie, même évolution, mêmes étapes, même apostolat. Après avoir rappelé les traits de tous les grands hallucinés, il établit un lumineux parallèle entre divers Théomanes raisonnants et surtout entre sainte Thérèse d'Avila et Swedenborg, parallèle aboutissant à un étroit rapprochement. Si dans les mêmes entités délirantes le temps a imprimé le cachet de nuances différentes selon les époques et les milieux, « si entre sainte Thérèse et Swedenborg il y a toute la distance qui peut séparer le mysticisme de la catholique Espagne du XVIe siècle de la théosophie du protestant Suédois du XVIIIe », les analogies n'en sont pas moins significatives et l'identité n'en ressort pas moins : même origine, mêmes phénomènes, même marche, mêmes effets.

Nous voyons là combien les termes précis ont de valeur, combien devrait être restreint et combien est mauvais l'emploi du mot folie que trop souvent la pathologie arrache à son sens véritable pour lui faire désigner des anomalies ne méritant pas une telle appellation. Ici encore prennent place une réhabilitation du génie et bien d'autres aperçus scientifiques d'un haut intérêt, notamment sur les hallucinations psychiques, qui rendent indispensable la lecture

de ce livre où M. Ballet avec une délicatesse extraordinaire a réussi à mettre toutes choses rigoureusement au point sans que des convictions religieuses quelconques, fussent-elles swenderborgiennes, puissent prendre ombrage de sa judicieuse argumentation.

Il n'y avait donc pas à glaner dans l'histoire du voyant, il y avait un beau chapitre de pathologie mentale à édifier. C'est ce que M. Ballet a si complètement accompli. F. Boissier.

VI. *La statistique des aliénés du canton de Zurich;* par P. Sérieux. (*Revue de Psychiatrie*, juin 1899.)

Le bureau de statistique de Zurich secondé par des médecins compétents a procédé le 1er décembre 1898 au recensement simultané de la population et des malades internés, ce qui a donné en chiffres ronds : Population : 339 056 habitants. Aliénés, idiots et épileptiques : 3 261 soit un pour 103, dont un pour 310 seulement dans les asiles publics. Les idiots et débiles représentent la moitié du total des malades, les aliénés proprement dits l'autre moitié. Parmi ces derniers on relève : curables 10 0/0, alcooliques 5 0/0, épileptiques 10 0/0, incurables environ 60 0/0.

D'après le sexe on aurait : femmes 52 0/0, hommes 48 0/0. Un tiers des aliénés est à la charge de l'Assistance publique.

Un tiers est interné dans les asiles publics, 10 0/0 dans les établissements privés ; 41 0/0 restent dans leurs familles. Parmi les aliénés 80 0/0 sont des célibataires ; 2,4 0/0 sont des étrangers.

Les aliénés travailleurs sont au nombre de 28 0/0 dont la moitié travaillent aux champs. 10 0/0 sont dangereux, 10 0/0 agités turbulents, 33 0/0 tranquilles, 10 0/0 bons travailleurs, 10 0/0 malpropres, 2,5 0/0 délinquants. Le canton possède deux asiles dont un *asile de traitement* (358 malades), et un *asile de chroniques* (650 malades). Le nombre des admissions à l'asile de traitement a été en 1888 de 236 malades. Le nombre des asiles privés recevant plus de 19 malades est de huit. F. Boissier.

VII. *Refraction and How to refract. Including Sections on Optics, Retinoscopy, the fitting of Spectacles aud Eye glasses*, etc. ; par James Thorington, A. M. M. D. avec 200 illustrations, dont 13 coloriées. Philadelphie : P. Blakiston's son and Co, 1900.

Il n'existe point en France de livre vraiment pratique sur la réfraction de l'œil. Des auteurs éminents ont étudié cette partie intéressante de l'ophtalmologie, mais d'une manière trop complète et aussi trop complexe pour les débutants. Il faut avoir des connaissances mathématiques étendues et posséder déjà des notions élémentaires sur la réfraction pour lire et apprécier le traité classique de Donders. L'auteur poursuit avant tout un but

pratique. C'est sur le désir exprimé par les étudiants qui fréquentaient sa clinique et pour leur être utile qu'il a écrit ce livre. Laissant de côté beaucoup des problèmes mathématiques et physiologiques de l'optique, il expose clairement et simplement les notions théoriques indispensables pour le diagnostic et le traitement des troubles de la réfraction. Son livre a le grand avantage de ne point rebuter les jeunes gens aux prises avec les premières difficultés de la réfraction. De petits défauts sont grandement compensés par l'excellence de la méthode employée. Peut-on lui reprocher d'être, dans certaines circonstances, trop affirmatif, trop dogmatique ? Ce défaut est une nécessité pour tous ceux qui enseignent à des débutants dans l'esprit desquels il importe de ne pas jeter le désarroi et l'incertitude.

Dans l'ouvrage de M. Thorington se trouvent : une étude sommaire mais suffisante des lois qui régissent la marche des rayons lumineux (réflection et réfraction), la description de l'œil schématique, la description et le diagnostic différentiel des amétropies, les règles qu'il faut suivre pour les corriger. L'examen ophtalmoscopique, la skiascopie occupent la place importante qu'ils méritent. Un chapitre spécial est consacré à l'étude des muscles de l'œil et particulièrement aux troubles de convergence et de divergence si souvent et si intimement liés à ceux de la réfraction. POULARD.

VIII. *Du sérum artificiel en aliénation mentale ;* par le Dr E. FAURE, ex-interne de l'asile de Bron.

Les injections sous-cutanées de sérum artificiel, et à leur défaut les injections intrarectales, peuvent rendre des services en aliénation mentale. Elles paraissent agir de deux façons : 1° En éliminant les toxines, en les diluant et en rétablissant les sécrétions. Elles sont alors indiquées dans tous les cas où les troubles mentaux paraissent liés à des infections, à des auto-intoxications, c'est-à-dire à un empoisonnement de l'organisme et par suite du cerveau, et aussi chez les épileptiques en état de crises subintrantes. 2° En exerçant une action stimulante sur toutes les cellules et en particulier les cellules nerveuses. Elles sont indiquées dans les états de dépression mélancolique, dans les états épileptiques avec ralentissement des fonctions de nutrition. Elles pourront être employées dans la démorphinisation. Elles ont une action spéciale sur la fonction urinaire qu'elles rétablissent rapidement et sur la sitiophobie qu'elles font souvent disparaître. D.

ASILES D'ALIÉNÉS.

Isolement des malades atteints de la tuberculose.

LE PRÉSIDENT DU CONSEIL, MINISTRE DE L'INTÉRIEUR ET DES CULTES A MONSIEUR LE PRÉFET,

J'ai l'honneur de vous signaler, en appelant sur elles toute votre attention, les observations auxquelles a été amenée la commission de la tuberculose dans ses recherches sur la propagation de cette maladie dans les asiles d'aliénés et sur les moyens de s'y opposer. La Commission a été particulièrement frappée de ce fait que les lieux où sévissait cette affection redoutable étaient relativement limités, et que dans les milieux mêmes où les hommes vivent en collectivité, les uns étaient décimés, tandis que d'autres, dans une situation identique, étaient à peine touchés. Cette remarque d'ordre général s'applique d'une façon toute particulière aux asiles d'aliénés. Les ravages exercés par le fléau, n'y sont, pour l'ensemble des établissements, que trop considérables, puisqu'au cours des années 1894 à 1898 et pour une population moyenne annuelle de 61.685 aliénés, la proportion des décès attribués annuellement à la tuberculose s'est élevée à 689, soit 111 pour 10.000 malades hospitalisés.

Mais ce qui ressort, avant tout, de l'enquête poursuivie, c'est l'étrange disproportion qui s'observe entre un asile et un autre, quant à l'étendue du mal et au nombre de ses victimes. Alors que dans une vingtaine d'asiles publics ou privés la mortalité par tuberculose est tantôt nulle, tantôt peu élevée, et ne dépasse jamais 30 décès pour 10.000 malades, on la voit dans les autres s'élever rapidement au chiffre moyen de 111, dépasser celui de 200 dans quatre asiles, celui de 300 dans deux autres, pour atteindre jusqu'aux chiffres extrêmes de 540 et 556 dans les deux asiles les plus éprouvés.

Cette disproportion saisit d'autant plus que les décès si fréquents attribués à la tuberculose dans de trop nombreux asiles ne se trouvent pas expliqués par une situation plus particulièrement mauvaise du département ou des départements voisins, dans lesquels se trouvent recrutés les malades hospitalisés.

Il faut alors reconnaître, dans les asiles eux-mêmes à ce point contaminés, de véritables foyers d'infection tuberculeuse, et c'est

contre un tel état de choses, dont les chiffres cités plus haut vous auront montré toute la gravité, que j'ai le devoir de faire appel à toute votre énergie.

Des mesures prophylactiques s'imposent que la Commission n'a pas perdues de vue. Il en est d'ordre général qui peuvent trouver dans les asiles une facile exécution. En premier lieu, une mesure d'hygiène publique, à l'observation de laquelle vous devrez prêter votre sollicitude, c'est la « défense de cracher à terre ».

Les crachats desséchés étant reconnus par la science comme les plus actifs agents de propagation bacillaire, je vous invite à prescrire aux établissements publics ou privés d'aliénés de votre département, l'adoption des dispositions suivantes, qui pourront obvier à une cause fréquente entre toutes de la contamination tuberculeuse.

1° Affichage dans tous les locaux occupés par le personnel où les malades de la « défense de cracher à terre » dont il y aura lieu d'étudier, en outre la règlementation et la sanction dans les conditions où elles paraîtront pouvoir s'exercer. — 2° Installation dans ces locaux, et en nombre suffisant, de crachoirs hygiéniques à un mètre du sol, bien en vue et au voisinage des dites affiches. — 3° Balayage humide de toutes les salles et lavage des parois.

Cet ensemble de mesures préventives dès maintenant réalisables ne sera pas par lui-même entièrement suffisant, à raison de la faiblesse d'esprit des aliénés auxquels il sera particulièrement difficile, dans bien des cas, d'inculquer avec la crainte du fléau les notions d'hygiène propres à lui faire sa part. Aussi, est-ce au dévouement et à l'intelligence du personnel de tout ordre que je vous prie de faire avant tout appel, afin que par les exemples individuels que ses membres seront appelés à donner journellement aux malades, ainsi que dans les limites de l'autorité qui leur sera impartie sur eux, ils puissent, en toute occasion, se livrer à une propagande antibacillaire efficace.

Dans cet ordre d'idées, et conformément au vœu émis par la Commission de la tuberculose, je vous invite à apporter votre soin à ce que le personnel des asiles et particulièrement celui des agents préposés à la garde et au traitement des aliénés tuberculeux, reçoive une instruction suffisante touchant les dangers de la tuberculose et la prophylaxie à y opposer. Ceux des agents à qui incombera le soin des tuberculeux devront être obligés au port de la blouse hygiénique dans les salles, au lavage soigné des mains et de la bouche avant le repas, à la toilette scrupuleuse du corps. Une instruction technique détaillée devra être aussi donnée aux blanchisseurs pour la désinfection du linge contaminé. Enfin, pour mettre obstacle à une cause particulière aux établissements hospitaliers et notamment aux asiles d'aliénés, celle provenant de la promiscuité des malades contaminés et de ceux qui ne le sont

pas, je vous invite à prescrire, dans les asiles publics ou asiles privés faisant fonctions d'asiles publics de votre département, autant que les locaux le permettront, l'établissement d'un quartier spécial destiné à l'isolement des aliénés tuberculisés.

En vous priant de porter les présentes instructions à la connaissance de qui de droit et de tenir la main à leur exécution, je vous invite à rappeler aux directeurs-médecins et médecins en chef des asiles, qu'ils devront, dans leurs rapports médicaux annuels, fournir des indications détaillées sur les ravages exercés par la tuberculose dans leurs asiles et les remèdes opposés par eux au mal.

Vous voudrez bien m'accuser réception de la présente circulaire.

Pour le président du Conseil,
Le conseiller d'État, secrétaire général,
DEMAGNY.

ASSISTANCE DES ALIÉNÉS A DOMICILE.

Hier soir, à sept heures, la rue de Penthièvre était mise en émoi par la chute d'une femme, qui, tombant du quatrième étage de la maison portant le numéro 12, se brisait le crâne sur l'angle du trottoir. Des passants s'approchèrent, ainsi que la concierge de l'immeuble qui reconnut une de ses locataires, Mme d'Indecourt. Mme d'Indecourt, âgé de cinquante et un ans, et demeurant dans sa famille, était depuis quelque temps atteinte de fièvre chaude. C'est dans une crise que, trompant la surveillance que l'on avait établie autour d'elle, elle se précipita par la fenêtre. Un médecin, aussitôt appelé, déclara que la mort avait été instantanée. M. Belouino, commissaire de police du quartier de l'Elysée, a fait les constatations d'usage. (*Le Temps*, du 23 mars 1901.)

Ce fait s'ajoute à tant d'autres pour montrer la difficulté de soigner les aliénés à domicile sans s'exposer à de graves accidents. Le traitement à domicile n'est applicable qu'à des malades tout à fait tranquilles, sans idées de persécution, sans hallucinations, offrant des garanties de securité. Les médecins qui, par ignorance des maladies mentales, consentent à soigner de tels malades à domicile, encourent une grande responsabilité.

VARIA.

Congrès des neurologistes et des aliénistes des pays de langue française

Nous rappelons à nos lecteurs que ce Congrès aura lieu au commencement du mois d'août, à Limoges, sous la présidence de M. Gilbert Ballet (voir le numéro d'avril, page 361, et celui de juillet, page 75). Nous prions ceux d'entre eux qui ont l'intention d'y faire des communications de bien vouloir nous en envoyer le résumé avant le 10 août.

Parmi les communications annoncées, nous citerons : Arnaud. *Sur la théorie de l'obsession.* — G. Ballet. *Sur les lésions corticales et médullaires dans la fièvre typhoïde.* — Bourneville. *Notes sur l'étiologie et le traitement des différentes formes de l'idiotie; hémorragies cutanées liées aux accès épileptiques; photographie et radiographie de quelques malformations dans l'idiotie.* — Doutrebenne. *Sur quelques points relatifs à la discussion des asiles.* — Lemaistre. *Quelques cas d'hystérie anormale chez les enfants.* — Pausol. *Considérations médico-légales sur le tabes traumatique; de la phobie épileptoïde.* — Lafforgue. *Hystérie à évolution psychique exclusive.* — Hartemberg. *La lécithine dans le traitement des affections du système nerveux.* — Granjuz. *Les épileptiques militaires méconnus et condamnés.* — Vallon. *Les délires consécutifs à l'empoisonnement.* — Noguès. *Un cas de spasme de l'œsophage de nature hystérique.* — Martin. *Observations sur un cas de torticolis mental.* — Pailhas. 1° *De la dégénérescence dans les vieilles localités;* 2° *Modifications favorables du caractère et des tendances comme seuls prodromes appréciables d'un cas de paralysie générale survenu à la suite de l'écrasement d'un bras et d'accidents infectieux aigus chez un alcoolique.* — L. Marchand. *Tumeur cérébelleuse et épilepsie.* — R. Cestan. *Cas de compression lente de la moelle avec autopsie; contribution à l'étude de la paraplégie par destruction de la moelle cervico-dorsale.* — Maurice Faure et Laignel-Lavastine. 1° *Sur la présence de microbes dans l'écorce cérébrale et le liquide céphalo-rachidien* (projections); 2° *Nouveaux cas de troubles mentaux toxi-infectieux avec examen histologique de l'écorce cérébrale* (projections). — Lannois et G. Pautet. *Hémimimie faciale d'origine otique.* — Lannois. *Observation de sein hystérique.* — P. Farez. *Un cas de double désuggestion.*

Laïcisation de l'asile de Naugeat, près Limoges.

Les sœurs de la Charité de Nevers, au nombre de huit, dont une supérieure, étaient autrefois chargées de la surveillance des sections de femmes et de la direction de divers services généraux (buanderie et repassage, lingerie et vestiaire, pharmacie). En ces dernières années, elles avaient dû abandonner ces services à l'exception de la pharmacie, et n'avaient conservé que la surveillance de la division des femmes. A la fin de l'an dernier, ce service lui-même n'était assuré que très imparfaitement par suite du départ de plusieurs religieuses que la Congrégation de Nevers n'avait pas remplacées ; on ne comptait plus, en effet, que quatre sœurs de charité et leur supérieure. L'administration de l'Asile ayant dénoncé le traité existant entre elle et les religieuses de la Charité de Nevers, ces dernières ont quitté l'Asile le 24 février.

Actuellement, les services généraux, sont confiés à des ouvrières laïques ; la pharmacie est faite par un aide-pharmacien, déjà au courant des manipulations ordinaires, surveillé et dirigé par le personnel médical de l'Asile.

Quant au service de surveillance, il a été organisé de la façon suivante : Un emploi de surveillante en chef a été créé ; de plus, à la tête des quatre principaux quartiers, ont été placées des surveillantes-chefs de quartier, qui séjournant de jour et de nuit dans leurs sections respectives, exercent sur le personnel une action constante et président d'une façon effective aux soins et à la surveillance des malades. A. F.

Dixième Conférence sur l'Idiotie et les Écoles pour faibles d'esprit (*du* 17 *au* 20 *septembre* 1901) à Elberfeld. — *Programme.*

I. — Mardi, 17 septembre, à 7 heures du soir, réunion préparatoire au hall municipal, salle des banquets. Souhaits de bienvenue par le président de la neuvième Conférence, rapport sur les trois années écoulées, reddition des comptes du trésorier, choix du président de la dixième Conférence.

Remarque : Des cartes de membres au prix de 6 marcks, et de participants au prix de 2 marcks, seront délivrées à la réception, dans la susdite salle. Les participants ne prennent pas part aux votes, mais ils reçoivent un rapport de la conférence.

II. — Mercredi, 18 septembre, de 9 heures à 1 h. 1/2, première séance solennelle dans la salle du dôme de l'hôtel de ville. *a*) Souhaits de bienvenue par les autorités ; — *b*) Rapport : de 9 h. 1/4 à 10 h. 1/2, « Les établissements pour idiots et les écoles d'assistance, projet de règlementation » ; par le directeur Barthold de Munich-Gladbach ; — de 10 h. 1/2 à 11 h. 1/2, « Essai de classification des idiots » ; par le directeur Kölle de Regensberg (Suisse);

— de 11 h. 1/2 à 12 heures, suspension (déjeuner à la buvette du Conseil) ; — de 12 heures à 1 heure, réunion ordinaire au même endroit.

a) Pour les représentants des établissements d'idiots ; « L'occupation des imbéciles ». Le directeur pasteur Bernhard de Stettin-Grünhof ; — *b*) pour les représentants des écoles d'assistance (salle 19 de l'hôtel de ville), « Vanité des vœux émis en faveur de l'extension des écoles d'assistance » ; l'inspecteur des écoles Dr Boodstein d'Elberfeld ; — de 1 heure à 1 h. 1/2, « Coup d'œil sur l'augmentation et le nombre actuel des idiots en Danemark », le directeur Rolsted de Copenhague ; — 2 h. 1/2, banquet dans le hall municipal (prix, 3 marcks, sans vin). Le soir, à 8 heures, réunion de la société dans la grande salle de l'hôtel de ville, et, en cas de beau temps, dans le jardin. Rapport de l'union des professeurs de chant d'Elberfeld.

III. — Jeudi, 19 septembre, de 9 h. à 1 h. 1/2, deuxième séance solennelle dans l'hôtel de ville, salle rouge. *a*) Rapports : de 9 heures à 10 heures, « Idéal du traitement des idiots ». Le directeur Herberich de Gemünder ; — de 10 heures à 10 h. 1/2, « Sur quelques groupes particuliers d'idiots », l'inspecteur d'hygiène Dr Berkhan de Brunschwig ; — de 10 h. 1/2 à 11 h. 1/2, « les débuts de l'imbécillité », le directeur Trüper d'Iéna ; de 11 h. 1/2 à 12 heures, suspension (déjeuner) ; — de 12 heures à 1 heure, réunion ordinaire.

a) Pour les représentants des établissements pour idiots (1re salle). « Les décrets du 26 mars 1901 », le directeur Schwenk d'Idstein ; — *b*) Pour les représentants des écoles d'assistance : « Comment sont préparés aux travaux manuels pour imbéciles, les normaliens et les maîtres », le professeur agrégé Howix de Dusseldorf ; — de 1 heure à 1 h. 1/2, « Etat actuel du traitement des idiots en Autriche », le directeur Antensteiner de Biedermannsdorf, près Vienne. — Choix d'un lieu où se fera la onzième conférence. — Après-midi, excursions diverses, visite de l'asile Hephata.

Sont invités à prendre part à la conférence tous ceux qui s'intéressent aux idiots : magistrats, médecins, prêtres et professeurs. Comité de la neuvième conférence : Directeur Barthold de Gladboit, président d'honneur. Inspecteur Piper de Dalldorf, président. Abbé Gerger de Morbach, vice-président. Dr Berkhan, Richter, Weichert, membres. Comité local : représentant Dr Boodstein.

Nous nous empressons de faire connaître le programme de ce *dixième* Congrès sur l'assistance, le traitement et l'éducation des enfants idiots de ladite catégorie. Nous espérons que le Comité voudra bien nous envoyer le rapport du neuvième congrès et le rapport du congrès de septembre. B.

Représentation de gala a l'asile de Villejuif.

Le samedi 16 mars était jour de grande liesse à l'asile de Villejuif. Ah! dam, ce n'était pas de la petite bière... Il s'agissait d'une représentation de gala composée de deux pièces — la première en deux actes à grand spectacle — la seconde, *Un Monsieur et une Dame*, un acte de Duvert et Lauzanne, jouée à titre gracieux par des artistes de l'Odéon, M. Frère et Mlle Kesly et Bonnet. Cette dernière pièce a été rendue à la perfection, cela va sans dire, d'autant plus qu'elle était interprétée par des artistes de talent, choisis par M. Ginisty. Nous nous dispenserons à l'égard des professionnels de leur adresser de plus amples éloges, qui, cependant, seraient des mieux mérités, car nous voulons surtout parler de la pièce *locale*.

Ce qui nous occupe principalement en l'occurrence, c'est l'*Agence Beauminet*, fantaisie-vaudeville tirée, dit le programme d'un vieux manuscrit, par... un inconnu dans lequel nous avons reconnu le sympathique médecin en chef de l'établissement, M. le Dr Marcel Briand... Où diable l'esprit des médecins va-t-il se nicher pour dénicher d'aussi *vieilles* (??) choses qui deviennent soudainement d'une incroyable actualité? Peu importe. L'essentiel, et ce qui est bon à savoir, c'est que la pièce était désopilante et qu'elle a eu pour seuls et uniques interprètes un certain nombre de malades de l'asile : quarante environ, des dames en grande majorité. Voici la donnée de la pièce : un certain Zéphyrin Beauminet, agent d'un bureau de nourrices, sous l'influence de l'impression que lui a causée la représentation au théâtre Antoine de la pièce de M. Brieux, *Les Remplacantes*, arrache son enseigne et la remplace par une autre que le hasard fait tomber sous sa main; cette nouvelle enseigne — qu'il appelle une *remplaçante* — est ainsi libellée: *Agence lyrique et dramatique* pour les deux sexes. A peine cette enseigne est-elle posée à la façade de la maison que les artistes affluent, défilent, chantent ou déclament chez notre nouvel agent théâtral; tous les genres ont été abordés, hors le genre ennuyeux, par des artistes de toutes catégories et en costumes appropriés, parmi lesquels : un clown, un minotrel, voire même un ours et un éléphant, jusqu'à une princesse Canari, artiste lyrique naine qui vient seriner sa mélodie dans une fastueuse chaise à porteur. N'oublions pas un majestueux commissaire de police qui vient verbaliser au premier acte pour défaut d'autorisation et mentionnons aussi une bonne à tout faire qui, au deuxième acte, se transforme en femme athlète jonglant avec des poids, aidée dans ses exercices par un *petit* bébé à moustaches, de six pieds de haut, présenté par sa nourrice, une petite bonne femme qui avait l'air de lui sortir de la poche.

En outre des pensionnaires de l'asile, le public était composé de bon nombre de personnes du monde select conviées à cette solen-

nité peu banale. L'intrigue se compliquait d'un imbroglio fourni par le directeur de l'Odéon, qu'on croyait venu à l'agence pour y chercher des nourrices et qui s'y rencontrait avec trois, venus pour chercher un engagement et qu'on avait aussi pris pour de bons bourgeois en quête de nourrices.

Dans une salade finale, tout s'expliquait; les nourrices, jetant leurs nourrissons par dessus les moulins, entraient à l'Odéon comme... ouvreuses. De son col, le directeur de l'Odéon signait chez les nourrices un engagement aux trois artistes qui interprétaient à l'acte suivant *Un Monsieur et une Dame*.

Tous les costumes, accessoires, conçus et exécutés à l'asile avec de vieux costumes gracieusement offerts par M. Ginisty, des toilettes, fleurs, etc., à l'asile, par de généreuses habituées, le tout rafistolé dans les quartiers. Nombre de toilettes neuves ont été entièrement faites, à cette occasion, dans les ateliers de l'asile avec des étoffes achetées en solde dans les grands magasins par M. Gorin, l'économe de l'établissement, qui, avec le sympathique directeur, M. Lucipia, s'est multiplié pour donner à la fête tout son éclat. M. Lucipia s'étant rappelé fort à propos qu'il avait été longtemps le représentant d'un des quartiers les plus industrieux de Paris, avait obtenu du haut commerce quelques dons de fleurs artificielles, bijoux et accessoires féminins, qui furent des mieux accueillis. Parmi les spectateurs les plus enthousiastes, nous signalerons notamment le directeur de l'Odéon, qui accompagnait ses trois pensionnaires, applaudissait à tour de bras et trouvait que les fous faisaient « sagement » leur devoir. Bref, tout a marché à souhait et les bravos et les applaudissements n'ont pas manqué à ces artistes improvisés. Le Préfet de la Seine et le Préfet de police s'étaient fait représenter à cette fête. Le secrétaire général de la Préfecture de la Seine, ainsi que M. Defrance, directeur des affaires départementales, y assistaient également en compagnie de MM. Dehenne, président de chambre, Prestat, avocat, membres de la Commission de surveillance des asiles. Ça et là circulaient, très intéressés, quelques journalistes, ainsi qu'un grand nombre d'invités et d'amis, trop rares privilégiés triés sur le volet, parmi lesquels nous mentionnerons le peintre Jambon, qui s'est obligeamment offert à restaurer les décors du théâtre. M. Maret, député, qui a passé la journée à l'asile pour assister au bal du soir, faisait paraître dans le *Radical* du lendemain un article des plus élogieux sur la fête.

La note humoristique était donnée par Ginisty dans la *Liberté* du 21 mars[1]. Rien ne manquait donc à cette première, qui fut, hélas ! sans lendemain. *Un pensionnaire convalescent.*

[1] Plusieurs autres journaux tels que le *Petit Parisien*, le *Temps*, la *Fronde*, le *Soleil*, du *Dimanche*, etc., ont donné un compte rendu plus ou moins exact de la fête de Villejuif.

FAITS DIVERS.

Asiles d'aliénés. — *Nominations et promotions* : M. le Dr Brunet, médecin-adjoint à l'asile de Fains (Meuse), nommé en la même qualité à Moulins (poste créé) ; — M. le Dr Ricoux (concours de Lille) nommé, médecin-adjoint à l'asile de Fains (Meuse) ; — M. le Dr Legrain, médecin en chef à Ville-Evrard, promu à la classe exceptionnelle du cadre ; — M. le Dr Briche, médecin-adjoint à Saint-Venant (Pas-de-Calais), promu à la 1re classe du cadre ; — M. le Dr Vernet, médecin en chef de Maréville, promu à la 1re classe du cadre (janvier 1901).

Suicide d'adolescent. — Un jeune homme de dix-sept ans, Leduc, s'est donné la mort hier soir, en se tirant un coup de revolver dans la tête. La balle a pénétré dans la tête par la tempe gauche. C'est ce matin seulement que le cadavre de ce malheureux a été découvert dans un carré de luzerne du jardin. Le jeune Leduc était porteur de pain. *La sœur de Leduc s'est asphyxiée l'année dernière à l'âge de quinze ans. Lui-même, peu de temps après, avait tenté de s'asphyxier.* Le père de ces infortunés est un excellent ouvrier, de conduite irréprochable, mais la *mère*, paraît-il, était *alcoolique*. (*Le Progrès de l'Eure*, 7 mai.)

Folie subite d'un médecin. — *Coups de couteau. Huit victimes.* (Londres, 7 mai). Les *Central News* racontent un incident tragique qui s'est produit, dans la nuit de samedi à dimanche, dans la petite ville de Grenna, près de Stockholm. Une veuve, nommée Augusta von Duben, se trouvait en traitement dans une maison de santé particulière, où elle était soignée par ses trois filles. Samedi soir, le docteur Nehrman, propriétaire de l'établissement, fut pris d'un accès de folie furieuse et, s'armant d'un long couteau, il se précipita sur la veuve et ses trois filles. L'une de celles-ci fut tuée, les deux autres et la mère furent grièvement blessées. Le docteur Nehrman sortit alors de la maison, et, pendant toute la la nuit, il parcourut les rues de la ville et frappa à coups de couteau cinq passants, dont trois furent dangereusement blessés. Le fou furieux put enfin être arrêté et enfermé. Les huit victimes encore vivantes du médecin ont été transportées à l'hôpital. (*Le Journal* du 8 mai.)

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

Évreux, Ch. Hérissey, imp. — 7-1901.

Vol. XII. Septembre 1901. N° 69.

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

CLINIQUE NERVEUSE.

CLINIQUE DE M. LE PROFESSEUR ANDRÉ MOUSSOUS.

Hystérie juvénile chez une fillette de douze ans. — Hémianesthesie sensitivo-sensorielle gauche complète. — Neuf crises d'amaurose double absolue. — Perversion de la vision binoculaire : discussion ;

Par RENÉ CRUCHET,
Interne des hôpitaux de Bordeaux.

Depuis qu'on a songé à rechercher la présence de l'hystérie chez l'enfant, on l'a rencontrée très couramment, et le tableau statistique dressé déjà par Clopatt en 1888 portant sur 272 cas, nous dispensera de statistiques plus récentes. Mais si, poussant plus loin l'examen, on passe en revue les différents modes cliniques sous lesquels se présente cette hystérie, on est frappé de remarquer que, dans l'enfance, elle se montre avec certains caractères spéciaux et que, en particulier, ce sont surtout les troubles d'ordre spasmodique qui sont le plus souvent observés.

Parmi les modifications du côté de la sensibilité, si l'hyperesthésie sous ses diverses formes est assez fréquemment notée, l'anesthésie, par contre, l'est d'une façon beaucoup plus rare. A ce titre, l'observation que nous allons rapporter nous a paru intéressante, et c'est pourquoi, sur les conseils

de notre maître M. le Prof. André Moussous, nous nous décidons à la publier.

Observation (recueillie par M. Ludovic de Boucaud, externe du service). — Il s'agit d'une fillette, Marthe-Marie P..., âgée de douze ans, entrée à l'Hôpital des Enfants, salle 15, le 12 février 1901, pour une perte complète de la vision qui remonte à huit jours.

Antécédents héréditaires. — Sa mère, qui est morte il y a un an, à l'âge de trente-sept ans, était, paraît-il, asthmatique et devint phtisique. C'était une femme très nerveuse, très irascible, qui aurait eu un tic convulsif de la face, surtout marqué au niveau des arcades sourcilières, et dont le père mourut, à vingt ans, tuberculeux.

Son père est vivant, bien portant ; il a eu des migraines fréquentes avec vomissements jusqu'à l'âge de vingt et un ans ; il a été réformé à cause d'une surdité gauche survenue à neuf ans, après une chute sur la tête. Depuis une dizaine d'années, il serait sujet à des crises de rhumatisme. Pas de syphilis, pas de tuberculose, pas d'éthylisme : mentionnons toutefois qu'il exerce la profession de liquoriste.

Sa grand'mère maternelle est âgée de soixante-sept ans : elle est atteinte de coliques hépatiques depuis environ trente ans. Elle est d'un caractère nerveux et susceptible. Son grand-père maternel, boucher, est mort à soixante-quatorze ans : il était sujet à de fréquentes crises d'asthme, avait un tempérament nerveux ; il aurait lui aussi, conservé toute sa vie un tic palpébro-facial. Du côté des grands parents paternels, il n'y a aucun antécédent nerveux à relever.

La malade a un frère âgé de dix-sept ans qui est en bonne santé, n'a jamais été malade, mais qui s'emporte facilement pour la moindre contrariété. Elle a perdu un frère à l'âge de trois mois : il n'avait jamais eu de convulsions.

Antécédents personnels. — Elle est venue au monde quinze jours environ avant terme, par suite d'un accident de voiture survenu à sa mère. L'accouchement s'est fait malgré tout normalement, sans aucune complication. Elle a été nourrie au sein par une nourrice, elle a été sevrée vers quinze mois.

A part la rougeole à huit ans et la variole à dix ans, qui n'ont été suivies d'aucun phénomène anormal, elle n'a jamais eu d'autres affections. Jamais de convulsions ou de crises de nerfs.

Histoire de la maladie. — Elle fait sa première communion le 17 mai 1900 : cette cérémonie a lieu sans incident et sans qu'on puisse noter aucune exaltation particulière du côté du sujet. Le 22 mai surviennent ses premières règles, qui durent une journée à peine, et s'accompagnent de quelques maux de tête. Le 27 mai, étant au couvent, pendant une récréation vers 10 heures du matin, sans

aucune contrariété et sans cause appréciable, elle devient subitement aveugle. Cette perte de la vision est absolue et, pendant quatre jours, elle ne distingue plus aucun objet. Elle présente en même temps à cette époque une céphalalgie intense, des vomissements, de la constipation, si bien que le médecin qui est appelé auprès d'elle émet, de prime abord, l'hypothèse de troubles méningés. Mais ces phénomènes aigus ne tardent pas à s'amender et, le cinquième jour, brusquement elle s'écrie un matin : « tiens! je vois du *rouge !* » Elle venait de reconnaître l'étiquette pharmaceutique : *Pour l'usage externe* rouge, en effet, collée sur une poche de farine de moutarde prescrite en révulsion pour sa tête, et qui était posée sur une table à quelques mètres d'elle. A partir de ce moment précis, elle avait recouvré la vue : elle était guérie.

C'est au cours de cette première atteinte de cécité que la malade devient hémiparésiée du côté gauche : Le 30 mai, vers 4 heures de l'après-midi, en voulant couper un morceau de viande, elle laisse tomber sa fourchette; elle constate alors une diminution considérable de la force de la main gauche. Le lendemain, à son réveil, elle demeure durant quelques minutes, dans l'impossibilité de remuer les membres supérieur et inférieur gauches. Cette hémiplégie reste très passagère et se transforme en une hémiparésie persistante qui n'est point modifiée par la guérison de la cécité.

Cet état est stationnaire jusqu'au mois de juin 1900 ; le 13 de ce mois, le lendemain de sa seconde communion, elle est prise d'une seconde atteinte de cécité dans les conditions suivantes : elle refuse à une de ses maîtresses du couvent de remplir un devoir qui lui est imposé ; on la menace alors de la renvoyer dans sa famille et, sous l'effet possible de cette contrariété, quelques heures plus tard, vers 7 heures et demie du soir, elle devient brusquequement aveugle. Quatre jours après, dans la matinée, elle était descendue dans le magasin de son père et se tenait assise sur une chaise causant avec sa tante, lorsqu'un client entra pour acheter une bouteille de rhum : c'est alors que brusquement elle aperçut sur une étagère des étiquettes *rouge* foncé, avec « Rhum » écrit en grosses lettres, collées sur plusieurs bouteilles ; elle se leva aussitôt, guérie, et c'est elle-même qui servit le client.

Le lendemain 18 juin, elle vient à la clinique ophtalmologique de M. le professeur Badal, où elle est examinée en détail par notre camarade et ami M. Aubaret, interne du service, qui a bien voulu nous donner les renseignements suivants.

On constate à ce moment qu'elle présente une hémianesthésie totale gauche avec hémiparésie : la pression au dynamomètre indique une force de 15 kilos pour la main droite contre 5 kilos seulement pour la gauche. La conjonctive et la cornée sont insensibles du côté gauche, les réflexes pupillaires existent normalement des deux côtés. Pas de lésion ophtalmoscopique, pas de

trouble de la vision des couleurs. L'acuité visuelle indique $V = \frac{1}{2}$ à gauche et $V = 1$ à droite. Le champ visuel présente un rétrécissement concentrique accentué. Pour les couleurs, il est encore plus marqué et il y a inversion pour le rouge, qui est la couleur dont le champ visuel est le moins rétréci, par rapport au bleu, puis au vert (le plus rétréci). Au niveau de l'œil droit, les champs visuels pour le rouge et le bleu se confondent.

On prie alors le père de la malade de la reconduire à la clinique dès qu'elle présentera une nouvelle crise.

Cette troisième crise se produit quelque temps après, vers le 10 juillet. La petite malade se trouvait à la pension lorsque, dans l'après-midi, elle est prise brusquement de céphalée et de maux d'estomac. Elle va à l'infirmerie : là, on lui donne quelques pilules, puis elle sort, accompagnée par une sœur et va se promener dans le jardin du couvent. La sœur se met alors à cueillir des fleurs et les lui montre pour la distraire en lui demandant si elle en sait le nom ; Marthe les reconnaît toutes sans difficulté, mais, à un moment donné, comme elle se retourne et se baisse même pour voir de plus près le pied d'une plante que lui indique la sœur : « Je ne le vois pas, dit-elle. — C'est un pied de douce-amère : ne le reconnaissez-vous pas ? — Je ne vois pas, je n'y vois plus... », et, comme une aveugle, on dût la ramener à la maison.

C'est à la suite de cette crise qu'elle revient à la clinique ophtalmologique de M. le professeur Badal. Il lui est absolument impossible de se conduire elle-même, mais ne paraît nullement s'inquiéter de son état : elle semble même enchantée qu'on s'occupe d'elle.

M. Aubaret, qui l'examine alors avec soin, ne constate rien d'anormal du côté des pupilles : pas d'inégalité, pas de mydriase ni myosis. Réaction très nette à la lumière.

La malade prétend ne rien distinguer du tout : elle a la sensation du noir absolu. On essaye de lui suggestionner avec force que ce n'est pas possible, qu'elle se trompe, et on cherche en même temps à se rendre compte s'il n'y a pas de simulation.

Le poing dirigé avec violence sur l'œil n'entraîne aucun recul réflexe de la tête, et le réflexe palpébral n'a lieu que si l'on touche réellement les cils. A la chambre noire, la réflection de la lumière sur les globes oculaires par le miroir de l'ophtalmoscope, en même temps qu'elle permet de voir (avec interposition de la lentille) un fond d'œil absolument normal, ne produit aucune sensation. Il en est de même avec une lampe électrique dirigée brutalement sur les yeux, allumée et éteinte ensuite alternativement.

On se décide à tenter alors quelques manœuvres directes ; à cet effet, on instille d'abord dans les deux yeux du sulfate de zinc, sans résultat, puis dans l'œil droit de l'atropine, qui provoque une

mydriase accentuée mais sans amélioration de la vue. On essaie ensuite d'endormir la malade en pressant doucement pendant quelques minutes sur les paupières fermées : vaine tentative ! On tente l'électrisation par le courant faradique, en plaçant les électrodes au niveau des tempes : le passage du courant incommode fortement le sujet, mais n'entraîne pas plus de succès que les autres manœuvres.

C'est alors que M. Aubaret songe à la soumettre à un traitement hydrothérapique local : un jet d'eau froide, assez fort, lancé sur-le-champ dans ses yeux à l'aide d'une seringue, provoque une sensation à laquelle elle se prête volontiers ; après quelques minutes, elle déclare même qu'elle vient d'apercevoir une lueur dans l'œil droit. On recommence une série de douches et peu à peu l'acuité semble revenir : elle distingue un doigt, puis deux, puis la main, puis le visage des personnes qui l'entourent. On lui met ensuite des lunettes avec des verres neutres et faiblement négatifs, en lui déclarant qu'elle aura la vue considérablement améliorée : elle déclare, en effet, qu'elle voit de mieux en mieux et peut distinguer une grosse lettre d'une échelle d'acuité type Snellen, correspondant à une acuité de 1/10.

Ayant ainsi amélioré la vision de l'œil droit d'une façon notable, on la prie de lire les gros caractères des échelles colorées de Stilling en lui mettant les lunettes à verre coloré. Cette épreuve, ainsi que celle de la boîte de Flees, permettent de conclure que la malade a bien véritablement de l'amaurose de l'œil gauche et font éliminer toute supercherie possible : elles indiquent en même temps que la vision binoculaire n'existe pas ; on la recherche encore par deux nouvelles épreuves, celles du prisme et de la règle ; mais l'acuité de l'œil droit est trop faible et l'atropine instillée la diminue considérablement : Marthe distingue difficilement les lettres des optotypes, les unes après les autres, et ne peut lire d'une façon suivie.

On en reste là pour le moment ; quelques jours après, le 18 juillet, elle revient à la clinique complètement guérie et raconte qu'elle a recouvré la vue de l'œil gauche, en caressant un chat grimpé sur ses genoux, qui portait un ruban *rose* attaché autour du cou.

C'est vers cette époque, le 21 juillet, qu'elle va à la consultation de M. le professeur Pitres qui lui conseille un traitement hydro et électro-thérapique. Mais environ un mois après, le 18 août, elle retombe dans le même état d'amaurose double à la suite d'une légère contrariété : elle avait donné rendez-vous chez elle, une après-midi, à une de ses petites camarades ; celle-ci ne vient pas : le lendemain matin elle se réveille complètement aveugle pour la quatrième fois.

M. Aubaret, qui la revoit à ce moment, essaie de nouveau les

mêmes manœuvres que précédemment, en particulier les douches et l'électrisation : mais les résultats, cette fois, demeurent complètement négatifs. Cette cécité dure une huitaine de jours ; au bout de ce temps, Marthe était en train de prendre un bain de pieds dans sa chambre, lorsque, subitement, elle aperçut un christ d'ivoire qui se détachait, en face d'elle, sur un fond en velours *rouge* suspendu à la muraille : elle fût aussitôt guérie.

Le mois de septembre se passe sans crises, mais il y en a trois pendant le mois d'octobre (du 10 au 25). La première (5e crise), qui dure trois jours, survient deux heures après une remontrance que fait la grand'mère de la malade à celle-ci. Elle recouvre la vue en distinguant le velours *rouge* d'un coussin sur lequel elle était appuyée. La deuxième (6e crise), survenue sans cause bien connue, dure deux jours : Marthe récupère la vision en apercevant le dos *rouge* d'un livre posé sur une table.

La troisième (7e crise) se produit dans des conditions assez curieuses. La malade couchait chez sa grand'mère et s'était endormie paisiblement quand, se réveillant brusquement au milieu de la nuit, elle dit : « Grand'mère, passe-moi les allumettes pour que j'éclaire. — Mais la lampe est allumée. — Je ne la vois pas, je n'y vois rien... » Le lendemain, à son réveil, la première chose qu'elle aperçût fut un corsage doublé de *rouge :* elle était guérie !

Le mardi 5 février 1901, la malade qui, depuis trois mois s'était parfaitement bien portée, est prise d'une nouvelle atteinte de cécité (la 8e), mais de façon un peu moins brusque que les précédentes. Elle était à la pension et, pendant une récréation, à 4 heures de l'après-midi, courait, s'amusait, quand tout à coup elle s'arrête, dit voir trouble de l'œil gauche ; quelques minutes après, elle ne distingue plus rien de cet œil ; mais ce n'est qu'un peu plus tard, vers 7 heures un quart, au moment de rentrer chez elle, qu'elle perd aussi la vue de l'œil droit, devient complètement aveugle.

Il est à noter que ses règles ont fait seulement leur apparition, pour la seconde fois, l'avant-veille de la dernière crise, le 3 février : elles ont duré trois jours, jusqu'au 6 février, et leur disparition n'a entraîné aucune modification dans l'état du sujet. Notons encore que ce même 6 février au soir, la jeune Marthe a eu une véritable crise de rires suivie de larmes, qui a duré près d'un quart d'heure, sans qu'elle ait pu en donner une explication quelconque. Il y a huit jours que cette crise de cécité dure sans aucune amélioration : le père se décide alors à conduire sa fille à l'Hôpital des Enfants, où elle est admise, salle 15, dans le service de M. le professeur A. Moussous.

Etat actuel (16 *fév.* 1901.— A l'examen, on se trouve en présence d'une enfant grande et bien développée pour son âge (elle mesure $1^{m},57$), qui répond vivement et avec intelligence à toutes les questions qui lui sont posées.

Tête et cou. — La face ne présente pas d'asymétrie, les muscles de la physionomie se contractent bien ; il n'y a pas de spasmes toniques ou cloniques des paupières, mais la résistance opposée au doigt par la paupière supérieure gauche fermée, est un peu plus faible que la droite. La sensibilité de la cornée gauche, aussi bien dans sa portion centrale que dans ses segments interne et externe, est absolument nulle de même que celle de la conjonctive : mais sa recherche provoque la sécrétion des larmes. La pression du globe oculaire est douloureuse et normale à droite; elle ne provoque aucune réaction à gauche (signe d'Abadie-Rocher). Le nez est bien conformé ; les plis naso-géniens, égaux des deux côtés, se creusent dans le rire ou dans la moue d'une façon sensiblement comparable. Les oreilles n'offrent aucune difformité : les lobules en sont adhérents ; pas de tubercule de Darwin. La bouche est petite, les lèvres sont un peu éversées, les dents en bon état : les deux incisives supérieures et médianes sont larges, longues, sans cannelures, et dépassent les incisives latérales situées sur un plan postérieur ; la langue est étalée, tous ses mouvements s'exécutent parfaitement. La voûte palatine est profonde mais pas ogivale ; les piliers du voile du palais sont symétriques : les amygdales, en partie enlevées dans une opération récente, se cachent facilement derrière eux. Le réflexe pharyngien ne se produit que si on chatouille la moitié droite du pharynx ; la moitié gauche, même au niveau de l'épiglotte, reste insensible à toute excitation ; on remarque aussi que les muscles du voile de ce même côté gauche ne se contractent qu'imparfaitement : il y a hémiparésie intermittente sans que toutefois la voix soit nasonnée ou qu'il y ait reflux des liquides par la narine gauche. L'examen du larynx et des cordes vocales effectué par M. Moure, ne présente rien de particulier à mentionner : aucune parésie. Il semble cependant, malgré la difficulté de cette recherche, rendue telle par les mouvements incessants du sujet empli d'effroi, qu'il y a anesthésie de la muqueuse laryngée gauche. Les mouvements de la tête se font d'une façon aisée ; le cou est assez fort ; il n'y a pas d'augmentation exagérée de la glande thyroïde. La sensibilité trachéale, abolie à gauche, est conservée à droite.

Le *thorax* est normalement conformé : il n'y a pas de voussure, pas de déviation de la colonne vertébrale. L'examen des poumons n'offre rien de particulier à signaler : la sonorité et le rythme respiratoires sont partout normaux ; on note seulement quelques petits accès de toux, de temps à autre, d'ordre laryngé et certainement nerveux. Le cœur présente quelques irrégularités : les battements en sont un peu sourds ; le premier claquement en particulier est assez étouffé ; pas de bruits anormaux, ni frottements, ni souffles. Pouls à 76.

L'*abdomen* est souple, se laisse facilement déprimer sous la main.

Le foie ne dépasse pas les fausses côtes ; la recherche du reflux hépato-jugulaire est négative. Pas de dilatation apparente de l'estomac. Pas de mégalosplénie. Le creux épigastrique est insensible dans sa moitié gauche : la moitié droite seule réagit sous l'effet de la pression. Les réflexes abdominaux supérieur et inférieur sont conservés, un peu ralentis et atténués à gauche, assez exagérés à droite. Abolition complète de toute sensibilité ovarienne gauche ; la palpation réveille au contraire une vive douleur au niveau de la région ovarienne droite : cette douleur, de caractère superficiel, n'est pas absolument fixe, elle remonte dans le flanc et l'hypochondre droits, gagne la région hépatique et s'irradie même jusqu'à la base du poumon droit ; elle gêne par sa présence la recherche de la zone segmentaire hyperesthésique de Head qui, dans les troubles organiques de l'ovaire, correspond généralement au territoire du dixième nerf intercostal. Ici, cette zone d'hyperesthésie, en rapport vraisemblablement avec des troubles fonctionnels seuls, semble empiéter un peu plus haut sur le territoire du neuvième nerf, s'étendre un peu plus bas sur celui du onzième nerf : elle décrit une bande en arc de cercle à concavité supérieure, qui mesure 5 à 6 centimètres de large, et va, par sa limite inférieure, depuis la ligne blanche à 3 centimètres au-dessus de l'ombilic, jusqu'à la colonne vertébrale au niveau des deux dernières dorsales ; dans la partie moyenne de son parcours, elle se rapproche de la crête de l'os coxal, où elle emprunte même sa sensibilité à quelques filets du douzième nerf intercostal.

La région lombaire, anesthésique à gauche, réagit à droite assez vivement à la pression. Les fonctions rénales s'exécutent parfaitement. L'examen des urines fait à plusieurs reprises n'indiquent ni sucre ni albumine. L'analyse complète effectuée par M. Lemaire, pharmacien de l'hôpital des Enfants, cinq jours après la dernière crise, indique pour 1.450 centimètres cubes d'urine (dans les 24 heures) : densité à + 15 = 10 18, réaction acide, couleur jaune pâle et peu de sédiment ; l'urée atteint $14^{gr},70$, le chlorure de sodium $17^{gr},22$, les composés xantho-uriques = 0,74 ; l'acide phosphorique total = $1^{gr},62$, dont $1^{gr},52$ pour les phosphates alcalins et 0,10 pour les phosphates terreux : il n'y a donc pas inversion de la formule des phosphates. Pas d'albumine, ni glucose, ni pigments biliaires.

Le *membre supérieur droit* n'offre rien de particulier à signaler : tous les mouvements en sont faciles ; il n'y a pas de diminution de volume : la mensuration de l'avant-bras, à 10 centimètres au-dessous de l'interligne articulaire du coude indique 23 centimètres de circonférence ; celle du bras, à 15 centimètres au-dessus de l'olécrâne = $23^{cm},5$; la pression dynamométrique est de 17 kilos. Les sensibilités musculaire, tendineuse, osseuse, ainsi que les

réflexes, sont conservés et normaux ; la sensibilité cutanée est légèrement exagérée.

Le *membre supérieur gauche* est également bien conformé ; il n'y a pas d'atrophie ; la mensuration, effectuée dans les mêmes points que les précédents, montre seulement une différence d'un demi centimètre : 22cm,5 pour l'avant-bras, 23 centimètres pour le bras (et la malade n'est pas gauchère). Mais la force est presque nulle : calculée au dynamomètre à main, elle ne dépasse pas 2 kilos. De plus, on remarque que tous les mouvements s'exécutent avec une certaine hésitation et une certaine lenteur. Si on commande à la malade de soulever les épaules, on voit que les muscles de l'épaule gauche sont parcourus un instant de petits mouvements fibrillaires, mais l'épaule reste inerte, alors que du côté droit, elle se hausse parfaitement. Y a-t-il vraiment impotence absolue de l'épaule gauche ? Non, car si on prend la précaution de s'opposer ferme avec les mains au soulèvement de l'épaule droite, on voit la gauche se hausser, quoique très légèrement, mouvement qui se produit encore, avec la même intensité atténuée, si on commande un peu sévèrement à la malade de ne soulever que cette épaule-là. Divers autres mouvements commandés s'exécutent d'une manière imparfaite et molle : la malade arrive mal à mettre la pulpe de son index sur le bout de son nez, et si on lui dit de lever le bras au-dessus du plan du lit, elle ne le fait que très incomplètement : presque aussitôt la main, flaccide, revient lentement, progressivement au point de départ, sans tremblement, ni secousses, ni incoordination, les extrémités digitales atteignant les premières la surface du drap, trente secondes après l'avoir quittée. D'autre part, si, en causant avec la malade et à son insu, on met le bras à angle droit avec la paroi thoracique, celui-ci revient au repos comme précédemment dans l'espace de quarante-cinq secondes environ, sans demeurer nullement fixé dans cette position donnée ni sans retomber brutalement comme dans la paralysie flasque. On ne constate pas de diathèse de contracture ni de contraction idio-musculaire. Les réflexes musculaires et tendineux sont conservés.

Que les mouvements soient actifs ou qu'ils soient effectués passivement, qu'ils soient réflexes, qu'ils se produisent en flexion ou extension, adduction ou abduction, pronation, supination ou circumduction, la malade n'a nullement conscience de leur exécution ni ne peut apprécier aucunement l'étendue de leur déplacement. Le sentiment de l'existence du membre est absent. Cette abolition de la sensibilité musculaire n'est pas modifiée par le passage d'un courant faradique ou galvanique ; et si la contraction des muscles existe normalement, elle n'est nullement perçue par la malade.

Cette anesthésie, également périostique et osseuse — comme on peut s'en convaincre surtout avec un diapason (Egger) —, est aussi nerveuse (réaction douloureuse nulle par pression du cubi-

tal), ainsi que ligamenteuse et articulaire, ce qui permet de donner au membre des positions presque anormales. Enfin, elle est encore superficielle, et les sensibilités tactile, douloureuse, thermique ou électrique sont complètement abolies à la surface cutanée.

Par suite, le sens stéréognostique est perdu : la malade se trouve dans l'impossibilité d'apprécier le volume, la forme et les dimensions des objets divers qu'on lui place dans la main. La perte des notions de poids et de résistance est également complète: Marthe ne fait aucune différence entre des poids de 1 à 500 grammes ou plus : elle nie leur présence dans sa main. On lui met alors dans la main ouverte et reposant par son dos sur une table, un poids suffisamment lourd pour empêcher tout mouvement des phalanges digitales, puis on lui dit de fermer la main : on voit aussitôt les muscles de l'avant-bras et des éminences thénar et hypothénar se contracter, mais l'effort est impuissant à vaincre la résistance, et la flexion ne se produit pas ; cependant, le sujet reste absolument persuadé que ses doigts ont obéi à l'incitation volontaire. Si maintenant on enlève le poids, et qu'on commande le même mouvement, la main ne se ferme pas complètement mais la flexion a lieu, sans que la malade fasse aucune différence entre les deux épreuves.

Les masses musculaires du *membre inférieur droit* sont bien conformées ; les divers mouvements s'exécutent parfaitement. La circonférence de la cuisse, mesurée à 17 centimètres au-dessus du bord supérieur de la rotule, est égale à 43 centimètres ; celle de la jambe, à 12 centimètres au-dessous du bec rotulien est de $30^{cm},5$. Le reflexe rotulien et la sensibilité plantaire sont vifs ; le réflexe du tendon d'Achille existe ; pas de phénomène de Babinski ni de signe de Schœffer. La sensibilité cutanée sous ses divers modes est un peu exagérée.

Le *membre inférieur gauche* n'offre aucune malformation ni atrophie ; la mensuration faite dans des points symétriques aux précédents indique une circonférence de $42^{cm},5$ pour la cuisse et de 30 centimètres pour la jambe, soit une différence de un demi-centimètre avec le membre inférieur droit. Quand on dit à Marthe de remuer le pied, de lever la jambe au-dessus du plan du lit ou d'écarter la cuisse, elle fait tous ces mouvements, quoique avec lenteur et d'une manière très imparfaite. Elle n'a pas, d'ailleurs, le sentiment de leur exécution, et il en est de même des mouvements passifs. Le sens de l'orientation est complètement aboli : la perte du membre, aussi bien dans le lit qu'en dehors de lui est continuelle; elle le porte comme un corps mort qui tient parfois une place inutile, et souvent on le pousse et on y marche carrément dessus, sans qu'elle en éprouve la moindre sensation. La résistance aux divers mouvements de flexion, d'extension, d'adduction, etc., imprimés au membre est assez faible. Les réflexes rotulien et

achilléen sont normaux, la sensibilité plantaire est nulle. Pas de phénomène de Babinski ni de signe de Schœffer. Dans la marche, le membre ne décrit pas d'arc de cercle, il traîne sur le sol au niveau de la base des orteils, sans qu'il y ait « draguage » à proprement parler, ni boiterie concomitante.

La sensibilité aussi bien profonde que superficielle est abolie : l'anesthésie est tactile, douloureuse, thermique, électrique au niveau du tégument ; elle existe aussi pour les nerfs, les os, les ligaments et articulations. Il n'y a aucune douleur subjective dans es divers segments du membre.

Hémianesthésie. — L'anesthésie est localisée à tout le côté gauche du corps, ainsi qu'il résulte des détails qui précèdent ; sa recherche minutieuse montre qu'elle s'arrête exactement au niveau de la ligne médiane ; mais il y a de haut en bas, en avant comme en arrière, une zone d'hypoesthésie de un centimètre de large environ, qui s'étend à droite de la ligne médiane et forme comme une transition entre le côté gauche insensible et le côté droit, sensible, qui est plutôt hyperesthésique.

L'hémianesthésie gauche superficielle est totale : on peut de ce côté tirer les cheveux, les sourcils ou l'oreille de la malade, lui électriser le bras ou lui mettre de la glace sur le flanc, lui pincer la cuisse ou lui chatouiller la plante du pied, elle ne réagit en aucune façon.

Certains réflexes et certaines sensibilités profondes sont conservés (réflexes pupillaire lumineux, abdominaux, du bras et du poignet, rotulien, achilléen), d'autres abolis (sensibilités conjonctivo-cornéenne, oculaire profonde, mammaire, ovarienne, plantaire) : en particulier, il est intéressant de noter que le reflexe pharyngien, les sensibilités épigastrique profonde, trachéale et vulvaire ont complètement et seulement disparu dans leur moitié gauche, c'est-à-dire dans la partie qui correspond à la région anesthésique. — Il n'y a pas de dermographisme pas plus à gauche qu'à droite. La malade prétend avoir toujours plus froid à gauche qu'à droite, mais il n'y a pourtant pas de différence entre les températures de chaque côté.

Nous avons déjà indiqué l'abolition de la sensibilité gauche profonde : musculaire, nerveuse, osseuse, ligamenteuse et articulaire ; nous n'y reviendrons pas. Mais nous insisterons davantage sur les troubles de sensibilités plus spéciales, celles des organes des sens.

Le *goût*, l'*odorat* et l'*audition* sont entièrement perdus à gauche. La sensibilité exquise du conduit auditif externe est nulle ; les muqueuses nasale, linguale, et palatine sont insensibles à tout chatouillement ou pincement, à toute réaction thermique ou électrique.

L'anosmie est complète : les vapeurs d'ammoniaque, le parfum de l'eau de Cologne, l'odeur de l'éther, de l'acide acétique ou du chloroforme ne sont aucunement perçus, ce qui n'existe point pour la narine droite dont la muqueuse a conservé sa sensibilité olfactive. — De même, on peut placer quelques grains de sel, un peu de sucre ou de sulfate de quinine sur toute la moitié gauche de la langue, sans que Marthe ne goûte rien ; mais si on met ces mêmes substances sur la moitié droite de l'organe, elle reconnaît volontiers le goût du sucre, fait la grimace pour le sel, et crache violemment le sulfate de quinine en s'écriant : « que c'est amer ! » — La surdité est également complète : non seulement la malade n'entend pas la parole à voix haute ou basse, mais encore ne distingue aucun son, aussi grave ou aigu qu'il soit, comme on peut s'en convaincre, en particulier avec le sifflet de Galton. Il en est de même du tic-tac de la montre, qui n'est nullement perçu dans toute la moitié gauche de la tête, en quelque point qu'elle soit placée. Les vibrations du diapason ne sont pas perçues davantage, qu'on l'applique sur l'apophyse mastoïde ou qu'on l'approche du pavillon de l'oreille (épreuve de Rinne), qu'on le mette en rapport avec n'importe quelle surface osseuse du côté anesthésié, que ce soit au niveau de la tête, du poignet ou du tibia. L'examen à l'otoscope montre un canal auditif externe et un tympan en état tout à fait sain. Il n'y a jamais eu à aucun moment ni vertiges ni bourdonnements. En somme, comme nous le disait M. le Dr Moure, qui voulut bien examiner la petite malade, ce cas représente comme la négation parfaite de la fonction de l'ouïe.

Les troubles du côté de l'appareil de la *vision* sont extrêmement intéressants, en ce sens qu'ils affectent les deux yeux à la fois et qu'il y a cécité complète. Marthe a ce regard voilé et vague, sans expression, qu'on remarque chez les aveugles ; elle ne distingue absolument rien et se cogne brutalement aux objets qu'elle rencontre, en marchant, sur son chemin. Si on approche, par surprise alternativement, à 1 ou 2 centimètres de ses yeux la pointe d'un thermocautère chauffée au rouge blanc, elle ne bronche, pas et accuse simplement une sensation de chaleur au niveau de l'œil droit, le gauche participant (comme nous l'avons dit) à l'hémianesthésie ; il n'y a donc pas de simulation.

Jusqu'à hier après-midi trois heures, la malade avait exclusivement la sensation du noir ; à partir de ce moment, sans cause connue, elle a recouvré la sensation du clair.

L'examen pratiqué par notre ami M. Ginestous, interne de M. le Dr Lagrange, confirme aujourd'hui les détails enregistrés déjà par M. Aubaret dans des conditions anologues : pupilles égales, réagissant bien à la lumière ; aucune lésion du fond de l'œil. Nous songeons alors, vers 11 heures du matin, à utiliser l'affection particulière qu'a Marthe pour la couleur rouge ; à cet effet, nous

l'amenons dans une chambre noire et la plaçons la face tournée vers un grand carreau rouge qui lui est d'abord caché par un volet fermé, interceptant les rayons lumineux. Alors brusquement, on ouvre le volet ; le visage de la fillette s'illumine aussitôt d'un reflet rouge intense, mais elle ne distingue rien ; elle continue à avoir la sensation du noir. On remplace le carreau rouge par un vert : elle voit blanc ; on met ensuite un carreau de vitre ordinaire: elle a encore la même sensation de blanc. En somme, l'expérience demeure négative, et le sujet conserve toujours les seules sensations élémentaires du clair et de l'obscur.

Et cependant, quelques heures plus tard, vers 3 heures de l'après-midi, comme elle se trouvait sur un banc au fond de la salle 15 et causait avec ses petites compagnes, en traitement comme elle à l'hôpital, elle s'écria brusquement : « Des pantoufles rouges! des pantoufles rouges ! J'y vois ! » Elle venait d'apercevoir, en effet, aux pieds d'une de ses camarades assise en face d'elle, une paire de pantoufles d'une belle couleur *rouge*. Et c'est ainsi qu'elle recouvra la vue pour la huitième fois, après dix jours de cécité.

En résumé, à la date du 16 février, Marthe P... présente une hémianesthésie gauche sensitivo-sensorielle complète, superficielle et profonde, avec hémiparésie du même côté, hémi-hyperesthésie droite légère, exaltée principalement en certaines régions (mammaire, ovarienne, plantaire), amaurose double enfin.

La cécité ayant disparu brusquement ce jour-là, les autres phénomènes anormaux ont-ils offert de leur côté des modifications concomitantes ? C'est ce que nous avons recherché soigneusement à diverses reprises dans les semaines suivantes. Toujours nous avons trouvé identiques, constants, les troubles de sensibilité générale ou spéciale ; les troubles parétiques seuls se sont montrés moins accentués, la malade pouvant maintenant surveiller ses mouvements par le regard, caractère sur lequel a insisté M. le professeur Pitres [1].

Notre attention s'est plus particulièrement portée vers l'appareil visuel qui semble, au premier abord, complètement revenu à l'état normal et qui, en réalité, nous présente à considérer quelques phénomènes assez curieux (dont la remarque est due en grande partie à la sagacité de notre ami M. Ginestous).

L'examen indique qu'il n'y a aucun trouble de réfraction ; emmétropie des deux yeux ; pas d'astigmatisme ; aucune lésion du fond de l'œil. Les pupilles égales, réagissent à la lumière et à l'accommodation, la gauche un peu plus lentement que la droite ; elles se dilatent également quand on pince fortement la peau, soit dans sa moitié anesthésique soit dans l'autre moitié. Si on pro-

[1] *Leçons cliniques sur l'hystérie*, t. I, p. 111-12.

duit la même excitation sur le côté anesthésique seul, les paupières étant fermées, la malade accuse une sensation de vert, ici au niveau de l'œil droit exclusivement (signe de Le Dantec). L'acuité visuelle normale à droite, est de un demi à gauche : elle n'est corrigée par aucun verre. A l'optomètre, la puissance accommodative est de 13,5 dioptries à droite, contre 4 dioptries à gauche, ce qui paraît indiquer un spasme du ciliaire gauche. Divers objets vus par l'œil gauche paraissent quelques fois plus grands, mais généralement plus petits que les mêmes objets vus par l'œil droit ; ils ne sont pas déformés ; il n'y a donc pas métamorphopsie, mais plutôt macropsie et surtout micropsie portant proportionnellement sur les trois dimensions. On ne note pas de diplopie ou de polyopie monoculaire.

La micromégalopsie gauche existe également pour les objets colorés.

Le sens chromatique est perverti pour les deux yeux ; il n'y a que le rouge que le malade reconnaît toujours sans la moindre hésitation ; mais le vert, le bleu, le jaune ne sont distingués que par comparaison. Interrogée à ce sujet, Marthe répond que ces couleurs lui paraissent blanches, sans l'être cependant nettement, et que pour les reconnaître, elle doit les comparer avec le blanc. Dans d'autres cas, le raisonnement est plus compliqué, comme elle l'avoue ingénuement d'elle-même, quand on lui demande de l'expliquer ; si, par exemple, on lui montre la feuille verte d'une plante en lui demandant qu'elle est sa couleur, elle se dit : « puisque c'est une feuille, et que les feuilles sont ordinairement vertes, la couleur de cette feuille est verte », et c'est la réponse qu'elle fait.

Le champ visuel, rétréci (surtout à gauche) pour le blanc, l'est davantage pour le rouge, davantage encore pour le bleu, et un peu plus pour le vert, ce qui montre bien que l'impression transmise à la rétine par ces deux dernières couleurs est un peu différente pour chacune d'elles, quoique le sujet semble les confondre.

Enfin, la vision binoculaire recherchée par l'épreuve de la règle ou avec le stéréoscope de Holmes et les tests de Javal, est très imparfaite ; il n'y a pas fusionnement des images. Ce fusionnement ne s'effectue pas mieux avec des points ou des images de diverses couleurs. Nous reviendrons plus loin en détail sur ces diverses particularités au moment de la discussion.

La plupart de ces troubles paraissent sous la dépendance d'une hypoesthésie rétinienne gauche, en rapport avec l'hémianesthésie du même côté. L'anesthésie du début ou amaurose a fait place maintenant à de l'hypoesthésie, mais celle-ci est encore suffisante pour entraîner une perversion dans l'appréciation de la perspective et des trois dimensions. Cette hypothèse serait démontrée le jour où la disparition de l'hémianesthésie serait accompagnée de

la disparition de l'hypoesthésie rétinienne : nous espérons avant peu la voir se réaliser.

Pendant tout le temps que Marthe est restée à l'hôpital des Enfants, nos tentatives (douches, électrothérapie, frictions, etc.) pour la débarrasser de son anesthésie, sont demeurées infructueuses. Elle a même eu, le 13 mars, une nouvelle crise de cécité complète (la neuvième) qui l'a prise brusquement et sans cause, pendant son repas du soir. Le 15 au matin, on lui prescrivit des pilules de *mica panis* avec forte suggestion à l'état de veille ; le lendemain elle distinguait déjà le clair, et le surlendemain, elle recouvra la vue après son réveil, tandis qu'elle se frottait avec un grand mouchoir à carreaux *rouges*.

Elle a quitté le service le 26 mars, très améliorée pour son hémiparésie : on lui a ordonné en traitement de l'extrait glycériné d'ovaire à raison de 10 grammes par jour, et de l'hydro et électrothérapie. Si ces moyens ne réussissent pas, nous aurons recours à d'autres, mais la guérison est certaine, elle n'est qu'une question de plus ou moins de jours.

Cette observation nous a paru intéressante à rapporter en son entier, pour un certain nombre de raisons que nous allons maintenant faire connaître.

I. Si l'hystérie infantile ou juvénile est fréquente, elle ne se montre pas très souvent avec un appareil aussi complet. Il est important de noter ici, qu'elle semble avoir fait son apparition à l'occasion des premières règles, et que ces règles n'ont reparu, pour la seconde fois, que l'avant-veille de la huitième crise de cécité, c'est-à-dire après une interruption de près de neuf mois. Entre ces deux époques, les crises d'amaurose double sont survenues à des quantièmes divers, mais presque toujours du 15 au 25 (13-18 juin 1900, 10-18 juillet, 18-26 août, 10-25 octobre).

Faut-il penser que les modifications physiologiques qu'entraîne habituellement l'âge de la puberté avec l'établissement de la menstruation, et qui ont vraisemblablement provoqué la première crise de cécité, ont été suffisantes pour retentir ultérieurement de manière identique sur l'appareil oculaire, même la menstruation ne s'effectuant plus ? Il est certain que ces crises se sont produites à des dates relativement fixes, mais l'irrégularité menstruelle est si ordinaire dans les cas de ce genre, qu'on ne peut guère s'en autoriser qu'à titre d'indication. Ce qui est plus probant, c'est que la malade, chez laquelle les crises avaient complètement cessé pendant trois

mois, a été prise brusquement, au moment de l'apparition de sa seconde menstruation, d'une nouvelle crise (la huitième, du 5 au 16 février 1901) bientôt suivie d'une neuvième, à peine un mois après la fin de la précédente (14-17 mars).

On ne peut nier, dans ces conditions, une relation véritable de cause à effet : et c'est pourquoi, nous avions pensé prescrire à notre malade des composés ferrugineux. Mais M. le Dr Régis, dans la discussion à laquelle donna lieu la présentation de Marthe P... [1], ayant rapporté les résultats heureux qu'il avait obtenus avec l'ovairine, dans des cas d'hystérie juvénile provoqués de façon analogue, nous avons donné la préférence à ce médicament.

Cette coïncidence de l'amblyopie avec la menstruation a été déjà signalée. Mendel a cité un cas chez une femme de quarante ans où la cécité survenait à l'apparition de chaque règle. Cohn [2] va plus loin : il prétend que la menstruation est la cause directe de l'amaurose hystérique et rapporte plusieurs cas à l'appui de sa thèse ; dans l'un d'eux (cas de Souquière), qui rappelle assez le nôtre, il s'agit d'une fillette de douze ans qui n'avait été réglée que deux fois, et chez laquelle survint subitement une perte complète de la vision avec anesthésie de la partie gauche du corps. Douze jours plus tard, les règles apparurent et l'amaurose s'évanouit. Dans un autre cas (cas d'Amann), il s'agit d'une fille hystérique, qui à vingt-sept ans, eût une crise de cécité qui dura une heure au moment des règles. De vingt-sept à trente-sept ans elle eût six crises de même genre, qui survinrent dans des conditions analogues et durèrent de quelques minutes à une heure.

II. Ainsi qu'il ressort des recherches de notre maître, M. Pitres, confirmées depuis par divers auteurs et surtout par Charcot [3], « rien n'est plus rare que l'hémianesthésie sensitivo-sensorielle complète dans l'hystérie. On n'observe guère que des hémianesthésies cutanées avec prédominance plus ou moins marquée des troubles sensoriels du côté où le tégument externe est insensible [4] ».

[1] Cruchet et Aubaret. *Un cas de cécité hystérique* (*Soc. de médecine et de chirurgie de Bordeaux*, séance du 22 mars 1901, *Gaz. hebdom. des sciences médic. de Bordeaux*, 7 avril 1901, p. 165 et 14 avril 1901, p. 173-74.

[2] Cité par Pansier. Th. de Montpellier, 1892, p. 80.

[3] *Leçons du mardi*, 1889, p. 517.

[4] *Leçons clin. sur l'hyst.*, p. 140.

Notre observation, au premier abord, semble constituer une de ces raretés. Et cependant si on y regarde de près, on voit que l'épithète de *complète*, que nous avons donnée à cette hémianesthésie gauche, est encore susceptible de critique, puisque le réflexe abdominal de Rosenbach existe du côté anesthésique. Néanmoins, nous pensons qu'il est bien difficile de rencontrer une hémianesthésie, qui se rapproche plus près que celle-là, de la description schématique ; c'est pourquoi, avec cette petite réserve, nous lui conservons le terme de complète.

A cette hémianesthésie est superposée une hémiparésie ou mieux hémiamyosthénie sur laquelle nous n'avons rien de très particulier à signaler. Elle pourrait cependant jouer un certain rôle dans la dissociation de la vision binoculaire dont nous parlerons plus loin.

III. « Il y a un rapport constant entre l'insensibilité cutanée et l'insensibilité sensorielle », a dit Ch. Féré [1]. Ce rapport est loin d'être constant ainsi que l'ont prouvé Thomsen et Oppenheim [2], surtout MM. Pitres [3] et Lichtwitz [4] ; ce dernier auteur a tout particulièrement insisté sur la rareté de l'anesthésie sensitive complète au niveau de la muqueuse nasale. Rappelons simplement, qu'ici, elle était absolument insensible du côté anesthésié et qu'il en était de même des muqueuses linguale, palatine, épiglottique, pharyngo-laryngée. Il y avait anosmie et ageusie totales à gauche.

Le plus souvent, dans l'hémianesthésie complète, il existe de la surdité unilatérale complète, et les diapasons placés sur le front ou sur les dents, ne sont perçus que par le côté sain. En même temps, on trouve une anesthésie complète du tympan [5]. C'est exactement notre cas, ce qui n'est pas fréquent, d'après tous les auteurs. « La diminution de l'ouïe peut être plus ou moins prononcée et aboutir à la surdité complète... mais dans la grande majorité des cas, la surdité hystérique

[1] *Note pour servir à l'histoire de l'hystéro-épilepsie.* (*Archives de neurologie*, 1882.)

[2] Article in *Arch. für Psych. und Nervenk*, 1884.

[3] *Loc. cit.*, t. I, 8e et 9e leçons.

[4] Th. de Bordeaux, 1887. *Recherches clin. sur les anesth. hyst. des muq. et de quelques organes des sens.*

[5] Walton. *Deafness in hysterical hemianesthesia.* (Brain, 1883, p. 463-64.)

est incomplète ». C'est l'opinion de Collet[1], après celles de Briquet, Pitres, Gilles de la Tourette[2], etc.

De fait, si l'on élimine tous les cas dans lesquels il y avait des troubles auditifs propres concomitants (bouchon de cérumen, otite catharrale, etc.), comme dans plusieurs faits de Habermann, Litchtwitz, Gradenigo[3], Würdemann[4] ou Uspenski[5], le nombre des surdités hystériques, même unilatérales, est très restreint. Il l'est même certainement beaucoup plus que la réalité, parce que, comme le fait observer Gilles de la Tourette, « les malades ne songent pas à se plaindre de cette infirmité[6] » et que « pour reconnaître leur surdité, il faut la rechercher méthodiquement (Pitres)[7] ». C'est ce qui nous est arrivé, ici, où nous n'avons dépisté la perte de l'ouïe qu'en prenant soigneusement l'observation : la fillette, jusque-là, ne s'était jamais doutée qu'elle fut sourde.

Plusieurs cas ont été rapportés : un par Rabenau[8], un par Rosenthal[9], deux par Walton[10], un par Uspenski[11], un par Habermann[12], deux par Lichtwitz, un par Lemoine[13] avec mutité, un autre par Cartaz[14] avec mutité, un par Collet[15], un par Bourlier[16] avec cécité et mutité ; mais parmi ces divers cas, il n'y a que ceux de Walton, Rosenthal, Collet et l'un

[1] *Les troubles auditifs dans les maladies nerveuses.* Encycl. Léauté, p. 140-41.

[2] « Il est très peu de cas dans lesquels il y ait surdité absolue ». (Briquet *in Traité clin. et thér. de l'hyst.*, p. 295). — « Cette forme de paralysie de l'audition est fort rare ». (Pitres, *loc. cit.* t. I, p. 92.). etc.

[3] « *Sulle manifestazioni auricolari dell' isterismo* » Turin, 1895. p. 12-40.

[4] *A case of hysterical deafness, Medical News.* 14 fév. 1891, p. 186-87.

[5] Cité par Walton (p. 462).

[6] *Traité clin. et th. de l'hyst.*, t. I, p. 192.

[7] *Loc. cit.*, t. I, p. 92.

[8] Cité par Lichtwitz (p. 78).

[9] *Id.* p. 79.

[10] *Loc. cit.* p. 467 et 468.

[11] Second cas cité par Walton (p. 462).

[12] *Præger med. Wochenschrift,* 1880.

[13] *Un cas de surdité hystérique.* (*Médec. moderne,* 1893.)

[14] *Annales des maladies de l'oreille et du larynx,* juin 1894.

[15] *Loc. cit.*, p. 143.

[16] *Cécité hystérique et surdi-mutité.* (*Bulletin médic. de l'Algérie,* 1894.)

des deux de Lichwitz qui soient en rapport, comme le nôtre, avec une hémianesthésie du même côté ; et encore parmi ceux-ci, seul celui de Litchwitz mentionne, comme chez Marthe P..., une anesthésie du pavillon et de la muqueuse qui tapisse le canal auditif externe.

IV. Les modifications en rapport avec l'appareil visuel, nous demandent des considérations un peu plus étendues.

a). « L'amaurose unilatérale, dit Bardol, est relativement fréquente, quoique les hystériques s'en plaignent rarement. Il n'en est pas de même de l'amaurose bilatérale et on peut compter dans la science les cas de cécité hystérique [1] ».

Briquet [2] en rapporte trois cas, Mendel [3] en a vu deux cas, Dujardin-Beaumetz et Abadie [4] un cas, Fieuzal [5] un cas, Terson [6] un cas, Sevestre [7] un cas, Jacobson [8] un cas, Saint-Ange [9] un cas, Marlow [10] un cas, Landouzy [11] deux cas, Oppenheim [12] un cas, Claiborne [13] un cas, Bourlier [14] un cas, Adamuck [15] un cas, Déjerine [16] deux cas, ce qui porte à une vingtaine de cas le nombre de cécités complètes hystériques publiées.

En général, cette amaurose double n'a qu'une durée temporaire ; elle disparaît brusquement comme elle est venue, au bout de quelques heures, mais elle peut persister plus long-

[1] Th. de Paris, 1893, p. 94.

[2] *Loc. cit.*

[3] *Deutsche Zeitchrift für prakt. Med.* 1874, n° 47. Un autre cas avec J. Lévy : *Ueber hyst. Amaurose*, 1890.

[4] *Bulletin de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1879, p. 145.

[5] *Progrès médical*, 1879, n° 1.

[6] *Cliniq. ophtalmologique*, 1879.

[7] *Soc. médic. des hôpitaux*, 1882.

[8] Cité par Strzeminski. *Troubles ocul. de l'hystérie.* (*Recueil d'ophtalm*, oct. 1899, p. 582.)

[9] *Revue médicale de Toulouse*, 1884, n° 6, p. 161-176.

[10] *New York medic. Journal*, 9 fév. 1889, p. 154.

[11] Cité par Gilles de la Tourette, *loc. cit.*, t. I, p. 337.

[12] *Lehrbuch der Nervenkr*, 1894.

[13] *New York policl*, 1895, p. 299.

[14] *Loc. cit.*

[15] *Maladies de l'appareil visuel*, t. II, 472, 1897.

[16] *Traité de pathol. générale*, 1901, t. V, p. 1125.

temps, huit mois (Mendel), quatre mois (Saint-Ange), un an et demi (Oppenheim), plusieurs semaines (Jacobson).

b). La dyschromatopie hystérique est typique chez notre malade. Marthe qui avait conservé la vision des couleurs — quoique avec inversion dans leur perception et avec rétrécissement concentrique accentué du champ visuel — dans le premier examen pratiqué chez elle par M. Aubaret, ne l'a plus à partir de sa huitième crise. Seul le rouge est reconnu parfaitement, ce qui est le caractère propre de cette dyschromatopsie hystérique.

Ici, cette prédilection est même particulièrement nette et originale, puisque si on ne peut pas dire que la vision du rouge ait provoqué la cessation de la crise, c'est elle cependant qui a été la première récupérée au moment précis de la guérison. Ainsi, à la fin de chaque crise, la première perception de la malade a toujours été celle d'un objet *rouge* : étiquette rouge, coussin rouge, dos rouge d'un livre, pantoufles rouges, mouchoir à carreaux rouges, etc.

c). Il nous reste à parler de la vision binoculaire : 1° Dans un premier examen, la malade étant restée aveugle de l'œil gauche seulement, les expériences faites démontrent que cet œil est totalement amaurotique, et que par conséquent, la vision binoculaire peut être quelquefois abolie dans l'hystérie ;

2° Dans un deuxième examen, il paraît évident au premier abord, que Marthe possède la vision binoculaire, puisque la convergence s'effectue parfaitement, que les pupilles réagissent bien à la lumière et à l'accommodation, qu'elle peut lire ou reconnaître les objets, à peu près aussi bien de l'œil droit que de l'œil gauche, quand elle les ferme alternativement. Au reste, si elle a une diminution de l'acuité gauche égale à la moitié et voit, avec l'œil gauche, les objets un peu plus petits ou un peu plus grands qu'avec l'œil droit, nous savons bien que ces troubles ne sont pas assez considérables ordinairement, pour empêcher la vision binoculaire et le fonctionnement des images.

Et cependant, si on la soumet aux diverses expériences pour la recherche de cette vision binoculaire, on est fort surpris de constater que toutes sont négatives : aux épreuves de la règle, du prisme, de la boîte de Flees, de l'écran, du stéréoscope avec les cartons les plus simples de Javal, elle

répond comme si elle avait vraiment une cécité gauche totale.

Elle semble donc se comporter d'une façon absolument contraire à la règle ordinaire. Généralement, en effet, l'œil qui est amaurotique quand l'autre œil est fermé, ne l'est plus quand les deux sont ouverts, et la vision binoculaire existe. Ici l'œil amblyope qui voit bien quand l'autre est fermé, n'y voit plus quand les deux yeux sont ouverts.

Il résulterait déjà de ceci, que les expériences ordinaires pour la recherche de la vision binoculaire tendent à démontrer chez notre sujet : 1° qu'en certains cas, la vision binoculaire n'existe pas réellement (1er examen) ; 2° qu'en certains autres, la vision binoculaire n'est qu'apparente et qu'il y a plus exactement vision monoculaire *alternante* (2e examen).

La première proposition nous paraît justifiée ; nous reviendrons plus loin sur la seconde qui, sous cette forme, ne répond pas à tous les faits.

*
* *

Les faits sont donc posés : il s'agit de les interpréter ; pour cela, partons d'abord du plus simple et prenons la définition générale de Fuchs : « Lorsque quelqu'un voit simple avec les deux yeux, cela peut s'expliquer de deux manières : ou bien il fixe exactement des deux yeux et reçoit les impressions des deux yeux au même endroit —vision binoculaire simple ; ou bien il ne voit pas de l'un de ses yeux, parce que celui-ci est aveugle, ou *parce qu'il fait abstraction de l'impression reçue* — vision monoculaire [1]. »

De même que l'hystérique fait abstraction de l'impression auditive reçue dans la surdité hystérique complète, des impressions olfactive, gustative et cutanée dans l'anosmie, l'ageusie et l'anesthésie hystériques complètes, de même il serait logique que l'abstraction de l'impression visuelle entraînât une amaurose complète.

Seulement si l'anosmie, l'ageusie, la surdité totales sont rares, comme l'a bien montré Lichtwitz, si l'anesthésie complète est très rare aussi —comme l'a prouvé surtout M. Pitres, — l'amaurose absolument complète avec abolition de la

[1] E. Fuchs. *Manuel d'ophtalmologie*, 2e édit. française, 1897, p. 630.

vision binoculaire est encore plus rare, sans que cependant on puisse en nier l'existence.

Cette cécité totale peut exister, elle existe même, puisqu'on en connait plusieurs cas ; et il nous paraît admissible d'accepter la réalité de cette anesthésie rétinienne avec absence de la vision binoculaire, au même titre que les autres anesthésies sensitivo-sensorielles hystériques complètes. Comme l'écrit Antonelli, après tous les autres auteurs qui se sont occupés de l'amblyopie hystérique : « Cette inconscience de l'amblyopie ou de l'amaurose monoculaire, lorsque le malade ne ferme pas le bon œil, est du reste en rapport avec les caractères généraux de l'anesthésie hystérique. En effet, même avec une hémianesthésie complète, les hystériques sont souvent fort surpris si on leur fait remarquer le phénomène, car ils ne s'en doutaient pas, et venaient consulter pour tout autre espèce de troubles[1] ».

C'est bien là le caractère particulier noté dans tous ces désordres fonctionnels, qu'ils soient d'ordre auditif, gustatif, cutané... De même qu'il peut y avoir négation des fonctions auditive, gustative, etc., de même il peut y avoir négation de la fonction visuelle. Mais de même que l'on voit l'anesthésie, la surdité, l'ageusie, l'anosmie se transformer en hypoesthésie, hypoacousie, hypogeusie, hypoosmie, disparaître complètement ou faire place à l'hyperesthésie, l'hyperacousie, l'hypergeusie, l'hyperosmie, de même on peut appliquer ces modifications en plus ou en moins à l'appareil visuel, et nous serions très disposés à admettre la série des phénomènes suivants :

1er *stade.* — Cécité ou amaurose *complète* avec abolition de la vision binoculaire. Les cas de ce genre sont extrêmement rares, probablement parce que la cécité, presque toujours monoculaire, n'est généralement que mal ou pas perçue par le sujet, et que le médecin ne l'observe presque jamais au début. Il faut des circonstances toutes particulières, comme celles qui ont amené notre malade à la clinique de M. Badal, pour qu'on puisse étudier la vision monoculaire hystérique. A ce titre, notre observation (1er examen) est probante, et nous ne saurions trop remercier notre ami

[1] A. Antonelli. *La dissociation de la vision binoculaire chez quelques stabiques et quelques hystériques, à propos d'un cas d'amaurose monoculaire hystérique.* (*Archives d'ophtalmologie*, 1897, p. 227.)

M. Aubaret d'avoir bien voulu nous faire profiter de ces précieux documents.

Mais si ces cas de cécité complète avec absence de la vision binoculaire sont rares, on en connaît cependant quelques-uns (Booth[1], Ginestous[2]), et les ophtalmologistes en admettent la réalité ou la possibilité. Ainsi Parinaud écrit : « Chez certains malades, l'amaurose monolatérale ne disparaît pas dans la vision binoculaire, soit que l'amblyopie soit trop prononcée dans l'autre œil, soit que la vision binoculaire n'existât pas ou existât imparfaitement avant la maladie[3] ».

Mais nous ne croyons pas que ces raisons puissent s'appliquer à tous les cas. C'est l'opinion de M. Lagrange : « Les observations d'hystériques amblyopes d'un œil qui ne peuvent recouvrer la vision binoculaire aux épreuves de la règle, du crayon, du prisme, etc., ne sont pas fréquentes, mais elles peuvent très bien se présenter. Le fait général, il est vrai, est que la vision de l'œil amblyope reparaît dans la vision binoculaire, mais il n'y a pas là de règle absolue[4]... » Et c'est encore l'opinion d'Antonelli qui l'appuie sur un raisonnement serré, logique, dont voici les conclusions : « La preuve du prisme est douteuse... L'examen avec la boite de Flees est également douteux... Si le malade répond négativement à l'épreuve de Snellen ou aux cartons les plus simples de la collection Javal, les autres épreuves réussiront beaucoup plus difficilement à démontrer la vision binoculaire[5]. » Et plus loin : « La simple fixation d'un point ou gros objet, même dédoublé par le prisme, ou encore la fusion au stéréoscope, vis-à-vis duquel le malade ne sait pas ce qu'il doit voir, en restant presque indifférent aux phénomènes qui

[1] J.-A. Booth in *The Journ. of nerv. and ment. Diseases*, New-York, 1895 (p. 464-74), rapporte trois cas d'amaurose unilatérale chez des femmes de trente-trois, dix-huit et quatorze ans qui n'avaient pas de vision binoculaire (p. 473) : il est vrai qu'elle ne fût recherchée qu'avec la seule épreuve du prisme.

[2] Ginestous et de Fornel. *Soc. anat. et phys. de Bordeaux.* (*Journ. de médecine de Bordeaux*, 24 juin 1900, p. 454-57.)

[3] H. Parinaud. *Les troubles ocul. de l'hystérie.* (*Annales d'oculistique*, juillet 1900, p. 38.

[4] *Soc. d'anat. et de phys. de Bordeaux*, séance du 14 mai 1900. (*Journ. de médec. de Bordeaux*, n° 27, 8 juillet 1900, p. 486.)

[5] *Loc. cit.*, p. 225-26.

vont se passer, ne suffit pas toujours pour guérir l'espèce d'*aboulie de la vision* qui affecte l'un des deux yeux[1] ».

Cette guérison peut être complète et durable : c'est le retour à l'état normal ; mais elle peut être incomplète et passagère : nous arrivons au deuxième stade.

2e *stade.* — La cécité est alors *incomplète :* c'est le stade amblyopie faisant suite au stade amaurose, avec conservation *intermittente* et généralement *pervertie* de la vision binoculaire. Cet état est de beaucoup le plus fréquemment observé; c'est celui qui correspond aux cas de presque tous les auteurs : Parinaud, Pitres, Bernheim, etc...

L'hystérique amblyope vrai, dans le cours de sa vie quotidienne, ne prend conscience que des impressions reçues par le bon œil. Mais qu'une émotion, l'attention, un danger, une cause quelconque enfin, viennent secouer l'individu et agir sur lui par suggestion (et nous croyons que les épreuves du prisme, de la boîte de Flees, du stéréoscope, etc., agissent de cette façon), il peut récupérer tout ou partie de sa vision, suivant l'intensité de cette cause et son état de suggestibilité[2].

Et alors : 1° ou bien le réveil de la conscience visuelle endormie sera complet ; c'est ce qui a eu lieu notamment avec la boîte de Flees (cas d'Armaignac) ou avec le prisme (cas de Harlan), etc.; c'est ce qui arrive encore lorsque le sujet amblyope, étant obligé de subir une opération sur le bon œil, récupère aussitôt la vision de son œil amblyope (plusieurs cas de M. Badal) etc.

2° Ou bien le réveil de la conscience visuelle n'est qu'un demi réveil ; la récupération de la vision est épisodique, intermittente : elle montre que le sujet à un certain moment,

[1] *Loc. cit.*, p. 231.

[2] « Il semble, dit Gilbert Ballet, que les efforts variables qu'exigent les diverses expériences de vision avec les deux yeux n'aient pas toujours tous la même influence. Et c'est ainsi que peuvent s'expliquer les résultats différents et contradictoires en apparence, dans quelques cas, que donnent ces expériences... Il n'est même pas fatal, on le conçoit, que la même expérience donne toujours à des moments différents, des résultats identiques » (p. 313).

Gilbert Ballet. *L'amaurose hystérique unilatérale.* (*Presse médicale*, 1897, t. II, p. 309-313. Leçon faite à l'hôpital Saint-Antoine le 14 mars 1897, à propos d'un garçon de treize ans dont l'examen a servi de point de départ à l'article d'Antonelli.

à l'instant précis de l'expérience, a la vision binoculaire, mais elle semble montrer aussi que la suggestion n'est pas suffisante, pour que la conscience de cette vision dépasse le moment de l'expérience. La sensation inconsciente devient un instant consciente, pour retomber bien vite dans le champ de l'inconscience, une fois l'obstacle écarté, le danger passé, la suggestion envolée.

Voici Marthe, par exemple ; à l'état ordinaire elle *ignore*, pour ainsi dire, son œil gauche comme elle ignore toutes ses sensations du côté gauche : elle en fait abstraction. Si nous la faisons regarder dans la boîte de Flees, c'est bien l'œil droit qui voit ; si nous la faisons lire avec la règle ou l'écran, il n'y a toujours que l'œil droit qui voit ; avec le prisme placé devant l'œil droit nous n'obtenons pas de double image ; avec le stéréoscope elle ne voit toujours que l'image de droite.

Donc, elle ne voit qu'avec l'œil droit. Fermons le lui ; et c'est le gauche qui voit maintenant presque aussi bien que l'autre : elle peut lire, voir l'image de gauche au stéréoscope et le point à droite avec la boîte de Flees, etc. Ainsi, l'œil gauche voit aussi, et si nous voulons maintenant faire ouvrir l'œil droit, il semble que la vision binoculaire va avoir lieu. Faisons donc ouvrir cet œil droit : aussitôt le gauche retombe dans l'inconscience et la malade ne se sert plus que du droit (comme on peut s'en convaincre en recommençant les épreuves précédentes).

L'expérience suivante cependant, les deux yeux étant ouverts, montre que l'œil gauche peut, dans certaines conditions, voir simultanément avec le droit. Si on met sur les yeux de Marthe des lunettes à verres colorés, de façon que le vert soit devant l'œil gauche amblyope et le rouge devant l'œil droit, puis, qu'on lui fasse lire ensuite l'échelle de Stilling, elle distingue exclusivement les lettres rouges, c'est-à-dire qu'elle ne voit que de l'œil droit, observation conforme aux observations précédentes. Mais si on change les verres de façon que le rouge soit devant l'œil amblyope et le vert devant l'œil droit, elle ne distingue d'abord que les lettres vertes grandes et petites, puis ensuite les grandes lettres rouges, ce qui indique qu'elle voit à la faveur du rouge simultanément avec les deux yeux.

A-t-elle pour cela la vision binoculaire ? Une autre expérience va nous répondre. Un carton avec deux pains à cache-

ter *rouges,* distants de 6 centimètres l'un de l'autre. est placé au stéréoscope de Holmes. Marthe aperçoit tout de suite le pain de droite, et semble n'apercevoir que celui-ci exclusivement. Puis, si on insiste un peu, si on lui dit de « bien regarder », tout en veillant à ce qu'elle ait toujours les deux yeux ouverts, elle finit par distinguer le pain à cacheter de gauche : « celui-là est plus petit », dit-elle. Et si on lui demande ce qu'elle voit, elle répond alors sans hésitation : « Je vois *deux* points rouges, un petit et un gros ». Nous avons répété cette expérience 20, 30 fois et plus, en variant la position des deux pains à cacheter : elle en a toujours vu deux et les a chaque fois situés dans leur position véritable. Cette épreuve est donc concluante et montre, de façon évidente, qu'il n'y a pas à proprement parler, vision binoculaire, mais *vision monoculaire simultanée* (puisque le fusionnement des images ne se fait pas).

Ainsi, dans le cas de Marthe, la vision est toujours monoculaire ; monoculaire presque constamment par le bon œil, elle peut, sous certaines influences, devenir alternante ou même donner l'apparence de la vision binoculaire mais, en réalité, cette vision binoculaire n'est qu'une vision monoculaire simultanée.

Il y a plus. Antonelli rapporte l'observation d'un garçon de treize ans et demi qui, au stéréoscope « lisait sans hésitation les lignes ou les numéros composés, tandis que très difficilement il arrivait à fusionner les figures. C'était seulement quelquefois et après des incitations répétées, presque une suggestion à l'état de veille, qu'il pouvait voir par exemple la sentinelle et la guérite, ou le cadran et les aiguilles de l'horloge en même temps[1] » ; il cite également un cas analogue observé chez une femme hystérique : c'est ce phénomène que cet auteur a désigné sous le nom de *dissociation de la vision binoculaire.*

Ainsi les phénomènes sont beaucoup plus complexes qu'on ne l'avait cru tout d'abord, et les deux propositions que nous avons formulées plus haut deviennent très insuffisantes pour s'adapter à tous les cas ; c'est pourquoi, après considération des faits précédents, nous croyons devoir établir les cinq propositions suivantes :

[1] *Loc. cit.*, p. 220.

Dans l'œil amblyope arrivé au second stade :

α) La vision *monoculaire* exclusivement par le bon œil est la règle ;

β) A certains moments et sous certaines causes, la vision monoculaire par le bon œil devient monoculaire par l'œil amblyope : elle est dite *alternante ;*

γ) A certains moments et sous certaines causes, la vision monoculaire semble devenir binoculaire, mais cette vision n'est binoculaire qu'en apparence : elle est en réalité *simultanée*, et le fusionnement des images ne se fait pas ;

δ) A certains moments et sous certaines causes, la vision monoculaire devient binoculaire, puisqu'il y a fusionnement des images ; mais si on étudie de plus près ce fusionnement, on voit qu'il existe pour certaines images et pas pour d'autres : on dit alors que la vision binoculaire est *dissociée* (Antonelli) ;

ε) Enfin, à certains moments et sous certaines causes, la vision monoculaire devient *réellement binoculaire,* avec fusionnement complet de toutes les images ; mais nous le répétons, le caractère particulier de cette vision, est qu'elle est essentiellement temporaire et ne dépasse pas le moment de l'expérience.

Parmi ces divers phénomènes, les plus intéressants sont ceux d'alternance, de simultanéité et de dissociation ; ils ne sont pas totalement inconnus, puisqu'on en rapporte des exemples : dans les cas de Dor [1] et de Landesberg [2] la vision est alternante, dans le nôtre elle est tantôt alternante et tantôt simultanée, dans ceux d'Antonelli elle est dissociée.

De ces trois phénomènes particuliers, c'est encore celui de dissociation qui est évidemment le plus curieux ; mais s'il est rare, nous ne croyons pas qu'il le soit tout autant qu'on le croit. Comme le dit Antonelli : « La dissociation de la vision binoculaire, tout en étant un phénomène rare, n'en est pas moins assurée dans nos observations concernant des hystériques... elle pourrait se montrer fréquente dans l'hystérie, si l'amaurose unilatérale n'était déjà elle-même relativement rare, et si, après avoir constaté la persistance de

[1] L. Dor (fils). *Une observation de persistance de la vision binoculaire dans un cas d'amblyopie monocul. hystérique. Rev. génér. d'oculistique,* fév. 1897, p. 51.

[2] *Journal of nervous and mental diseases,* 2 fév. 1886.

la vision binoculaire, qui semble constante dans ces cas, on se donnait la peine d'examiner les caractères de ce dernier mode de vision, au stéréoscope et aux autres épreuves[1] ».

Quoi qu'il en soit, ces diverses considérations étant connues, peut-être pourrons-nous maintenant nous expliquer un peu mieux toute la complexité qui entoure, dans l'hystérie, cette question si aride de la vision binoculaire.

Nous avons montré comment l'amaurose complète du premier stade pouvait insensiblement s'améliorer, et passer, dans un second stade, par l'alternance, la simultanéité, la dissociation, pour arriver à une vision binoculaire vraie, mais toujours intermittente et passagère, dans le cas le plus favorable.

3e *Stade.* — Un pas de plus, et la vision binoculaire, d'intermittente et passagère, devient constante : nous arrivons au troisième stade qui correspond à l'état normal de la vision: c'est le stade de guérison.

4e *Stade.* — Enfin dans un quatrième stade, la modification sur l'appareil visuel au lieu de se faire en moins, peut se faire en plus, et la sensibilité rétinienne devient hyperesthésie rétinienne, dont le signe le plus constant est la photophobie[2].

C'est ainsi que nous comprenons, en allant du simple au complexe, cette curieuse question de l'amblyopie hystérique. Cette systématisation n'est pas purement hypothétique, mais rigoureusement basée, au contraire, sur de nombreux faits cliniques. Nous nous sommes contentés de voir les faits, de les exposer, de les sérier, mais nous avons laissé à dessein de côté jusqu'à présent toute doctrine ou toute théorie.

Sans nous départir d'une certaine réserve, nous essaierons pour terminer, de considérer la question d'une façon plus générale, de la poser sur son véritable terrain physiologique.

[1] *Loc. cit.*, p. 228-29.

[2] Bien entendu, il est infiniment rare que les termes de transition soient tous conservés, dans un cas donné, suivant l'ordre que nous venons d'indiquer. La guérison peut survenir d'emblée et le 2e stade manquer, ou bien certains degrés de passage peuvent ne pas se produire : dans tel cas, il y aura vision simultanée, dans tel autre, vision alternante, dans celui-ci, tantôt vision alternante et tantôt vision dissociée, etc. ; on peut imaginer mille variantes.

Après avoir dénié toute valeur probante à chacune des épreuves qu'on emploie ordinairement pour la recherche de la vision binoculaire, après avoir admis qu'elles peuvent démontrer son absence complète, Antonnelli ajoute aussitôt ceci : « La persistance n'en est pas moins certaine... L'appareil sensoriel de la vision continue à fonctionner malgré l'amblyopie ou même l'amaurose monoculaire. Cette intégrité nous explique : d'abords que l'œil amblyope ou amaurotique ne dévie pas, car le réflexe rétinien de convergence continue à se produire, s'il était bien établi auparavant. En second lieu, que le trouble visuel ne gêne pas l'hystérique, lorsqu'il se promène ou s'occupe les deux yeux ouverts... » Et plus loin : « Si le réflexe rétinien de convergence s'établit, chez ces hystériques, même lorsque la conscience de la vision binoculaire fait défaut, cela est en accord avec les caractères généraux des anesthésies, complètes ou dissociées de l'hystérie ; ne voyons-nous pas, en effet, la pupille d'une hystérique se dilater si nous lui piquons fort le bras anesthésique, malgré l'absence de tout signe de douleur[1] ? »

Un raisonnement identique pousse le même auteur à écrire encore : « L'œil amaurotique fonctionne inconsciemment, en accord avec l'autre, comme d'une façon analogue la périphérie de la rétine fonctionne inconsciemment, lorsque l'hystérique se promène librement, malgré le rétrécissement considérable du champ visuel que l'examen périmétrique nous montre. » Et plus loin : « Chez ces hystériques avec amblyopie ou amaurose monoculaire il ne s'établit pas de vision simultanée, ni de vision monoculaire ou alternante, justement parce que l'appareil sensoriel de la vision binoculaire proprement dite continue à fonctionner, quoique inconsciemment[2] ».

En effet, nous savons bien, chez l'hystérique, qu'une impression quelconque, reçue par un appareil sensoriel qui paraît normal au point de vue anatomo-physiologique, peut n'être pas perçue par le sujet, nous savons que la sensation qui en résulte demeure alors *inconsciente*, qu'elle est exactement pour le sujet comme si elle n'existait pas réellement, et qu'on la considère comme telle en clinique.

[1] *Loc. cit.*, p. 226-28.

[2] *Loc. cit.*, p. 227. Voir le raisonnement analogue de Parinaud. (Art. cité des *Annales d'oculistiq.*, p. 36-37.

Et cependant la persistance de la sensibilité de l'appareil sensoriel n'en est pas moins certaine. A ce titre, à titre inconscient, la persistance de la sensibilité générale est aussi certaine dans l'anesthésie cutanée, que la persistance des sensibilités olfactive, gustative, auditive est certaine dans l'anosmie, l'ageusie, la surdité, que, dans le cas présent, la persistance de la sensibilité visuelle est certaine dans la cécité.

Comprenons-nous mieux pour cela cette non-perception de la sensation visuelle ? Trois théories sont en présence pour tenter de nous l'expliquer ; Antonelli les accepte même toutes les trois : « L'interprétation anatomique (Pitres, Parinaud, etc.), la dynamogénique (Binet, Féré) et la psychologique (Bernheim, Janet) sont toutes justifiées, si nous considérons, respectivement, le système de neurones qui doit constituer l'appareil sensoriel et conscient de la vision binoculaire, ou bien la fonction de ce système, ou enfin les troubles qui peuvent venir rétrécir, plus ou moins, le champ de conscience de cette fonction[1] ».

Mais qu'on se rallie à l'une de ces trois théories ou qu'on les accepte toutes les trois, il ne nous paraît pas indispensable pour expliquer ces phénomènes, de faire intervenir — s'il existe — l'*appareil cortical de la vision binoculaire*. Pour nous, avec le centre monoculaire gauche pour la vision droite, et le centre monoculaire droit pour la vision gauche, on peut tout expliquer.

Reprenons les faits pour la démonstration.

1° Si, dans le premier stade, il y a amaurose monoculaire complète, c'est que le centre monoculaire correspondant est perdu (peu importe comment) pour la conscience du sujet, et ce dernier possède exclusivement la *vision monoculaire* de l'œil sain.

2° Dans le deuxième stade, le sujet peut récupérer temporairement la conscience de son centre monoculaire amblyope, et cela ne se traduit pas à proprement parler par la *vision binoculaire*, mais plus exactement par une vision monoculaire *alternante* ou encore par *deux visions monoculaires*, l'une, complète, en rapport avec l'œil sain, l'autre presque toujours *incomplète*, en rapport avec l'œil amblyope : il en

[1] *Loc. cit.*, p. 231-32.

résulte des modifications particulières dont les plus ordinaires sont la vision *simultanée* et la vision *dissociée*.

Si la récupération consciente du centre monoculaire amblyope est vraiment *complète*, elle ne l'est jamais, dans ce stade, que passagèrement et ne dépasse pas le moment d'une expérience ou d'une suggestion : nous avons alors la *vision binoculaire vraie intermittente*.

3° Enfin, si cette récupération complète du centre monoculaire amblyope, au lieu d'être intermittente devient constante, et dépasse en d'autres termes le moment d'une expérience, d'une suggestion, nous avons la *vision binoculaire vraie constante* : c'est le stade de guérison qui correspond à la vision normale.

C'est ainsi que nous comprendrions volontiers les diverses particularités de la vision binoculaire dans l'hystérie.

Cela tendrait à prouver que les troubles hystériques de l'appareil visuel sont absolument comparables aux troubles hystériques des autres appareils sensoriels, et qu'ils doivent rentrer dans la loi commune.

S'il y a vraiment un centre pour la vision binoculaire, ce ne sont pas les phénomènes déconcertants considérés jusqu'à ce jour, dans l'hystérie, du côté de l'appareil visuel, qui nous aideront beaucoup à affirmer ou nier son existence. Peut-être faut-il chercher ailleurs ou autrement... mais nous n'avons pas ici, à prendre ou non part ; il nous a semblé simplement que, telle qu'elle est, l'observation de notre jeune hystérique était intéressante : elle nous a servi surtout à voir un peu différemment des faits curieux que personne ne conteste.

Avons-nous eu raison ou tort ? Attendons.

La folie d'un régicide.

Le meurtrier du roi Humbert. Bresci dans son cachot. Mauvais traitements. — Bresci, le régicide, vient d'être subitement frappé d'aliénation mentale. La police italienne a fait tous les efforts possibles pour empêcher la divulgation de cette nouvelle, qui pourrait donner lieu à une enquête sur l'attitude des agents de l'autorité. Il paraît en effet, aujourd'hui, établi que c'est par suite de mauvais traitements que Bresci est devenu fou. (*Le Français*, avril 1901).

PSYCHOLOGIE MORBIDE.

Recherches sur les troubles psychologiques consécutifs à des hallucinations provoquées ;

PAR

N. VASCHIDE ET CL. VURPAS

Chef des Travaux à l'Ecole des Hautes-Etudes. (Ecole de Villejuif). — Interne des Asiles de la Seine.

I

Lorsque les sciences s'adressent à des phénomènes de complexité croissante leurs lois sont d'autant plus difficiles à déterminer rigoureusement, que les éléments nombreux qui constituent un seul phénomène se combinent les uns aux autres et sont en définitive noyés dans les résultats synthétiques qui s'offrent à l'observateur ; les difficultés de l'expérimentation augmentent en raison de cette multiplicité.

Relativement simple en physique et en chimie, l'organisation d'expériences précises devient plus délicate en biologie et en physiologie. En psychologie, les éléments sont souvent si complexes qu'il faut attendre certains cas heureux, certaines conditions avantageuses que fournit la nature et dans lesquelles il arrive ainsi, que certains éléments se trouvent isolés naturellement de façon à rendre possible une expérimentation qui, normalement est irréalisable. La pathologie mentale fournit parfois l'étude de la psychologie et de la psychiatrie expérimentale des cas favorables, dont l'étude aide à déterminer le mécanisme et les conditions de certains actes mentaux particuliers.

Nous avons eu la bonne fortune d'observer, dans le service de M. Briand, à Villejuif, une malade chez laquelle on pouvait déterminer pour ainsi dire à volonté des hallucinations d'intensité diverse. Nous avons tenté d'étudier expérimentale-

ment, ce que pouvait provoquer dans une conscience, ne présentant aucun trouble morbide, l'existence d'hallucinations. Nous avons essayé également de saisir les rapports qu'il y avait entre les troubles psychologiques et la quantité d'une part et la qualité de l'intensité des hallucinations de l'autre.

II

Afin de mieux connaître les conditions, dans lesquelles l'observation a été faite et de juger ainsi de la valeur à accorder aux résultats, voici résumée brièvement l'histoire de notre sujet.

G... Cl., âgée de trente-huit ans, sans profession.

G... donne peu de renseignements sur ses antécédents héréditaires et sur le passé clinique et psychologique de sa famille. La malade passa la plus grande partie de sa jeunesse chez des religieuses; elle avait peu de mémoire et travaillait sans aucun succès à son instruction. Actuellement elle ne sait même pas écrire ; elle réussissait assez bien divers travaux manuels, la couture principalement. G.., a passé une grande partie de sa vie dans les hôpitaux et les asiles. Soignée à l'Hôtel-Dieu et à Tenon, elle prit dans l'hospice des crises d'hystérie à la vue d'une attaque présentée par une jeune femme de ses compagnes. Elle fut soignée successivement à l'asile clinique (Sainte-Anne) (un an), à la Salpêtrière (quatorze ans), à Villejuif (cinq ans).

Lors de son premier séjour à Sainte-Anne et à la Salpêtrière, la malade fut traitée pour des accidents hystériques caractérisés principalement par des crises convulsives. Ces crises étaient presque toujours suivie de délire. G... prétendait voir des fleurs, des oiseaux, elle était très agitée, brisait les vitres d'excitation, était si violente que l'emploi de la camisole devenait nécessaire. M. Voisin ne lui rendait la liberté de ses mouvements qu'après l'avoir plongée dans le sommeil hypnotique, qui seul la rendait tranquille. Il arriva plusieurs fois que le sujet fût laissé n'étant pas complètement réveillé. L'excitation était alors extrême. La malade grimpait sur les toits. Lorsque le réveil était complet le calme revenait.

Après quelques années, les crises motrices diminuèrent de fréquence. C'est alors que graduellement et comme par compensation se développèrent les crises d'agitation. A ce moment la malade ne connaissait plus M. Voisin, le sommeil hypnotique n'était plus possible. Cette crise d'agitation était annoncée deux ou trois jours à l'avance par de la tristesse et du refus de nourriture.

Il arrivait parfois que soit les crises motrices, soit les crises d'agitation étaient suivies d'un sommeil très prolongé (cinq, six jusqu'à quatorze jours). Il était alors très difficile de réveiller G... Il fallait parfois faire usage de grosses piles électriques pour obtenir ce résultat. Il arrivait aussi a la malade de tomber dans un état d'être, à de certains moments, en proie a un état soporeux particulier, état très différent par les sensations qu'il provoquait du sommeil soit ordinaire, soit hypnotique. C'était de l'engourdissement plutôt que du vrai sommeil ; G... était alors comme assommée, comme abasourdie ». Ce trouble persiste toujours. Les crises de sommeil auraient à cette époque alterné avec des crises d'agitation ; G... demeure deux ans paralytique, n'éprouvant nullement envie ou le besoin de marcher, elle guérit brusquement de cette affection.

A l'*examen physique*, nous relevons surtout l'existence d'une *voûte palatine* de forme *ogivale* et un thorax en carène. Malgré une étude minutieuse des diverses fonctions organiques nous n'avons observé rien d'anormal, sinon l'existence d'un dermographisme net. Environnant la raie, légèrement surélevée, une zone large et diffuse se colore en rouge.

Le sujet se plaint de ressentir de très vives céphalées, la douleur est surtout accusée au niveau du vertex ; il semble à G.., qu'elle a en ce point une vaste plaie, que son crâne est ouvert. Les douleurs s'étendent également dans le dos. La malade a la même sensation, que si l'on y versait de l'eau tres froide ; il lui semble qu'elle a de la glace dans l'estomac. Cette céphalée et ces douleurs dans le dos sont à peu près continuelles.

G... présente à de certains moments des idées obsédantes. Ainsi ayant entendu parler de quelques sévices infligés par une certaine personne, chaque fois qu'elle la voit approcher, elle est prise de peur et craint d'avoir eu à subir quelques désagréments.

Lorsque G... entre dans le bureau, un certain appartement déterminé, elle se demande avec anxiété, s'il n'y a pas une « soupape » sous le parquet qui pourrait s'ouvrir et l'ensevelir. Dans sa crainte elle se cramponne à la table pour ne pas tomber, dans le cas où il en serait ainsi.

L'histoire pathologique de notre sujet a évolué avec l'âge. Les crises d'hystérie ont actuellement complètement disparu, ainsi que les crises d'agitation. Mais un autre phénomène s'est produit, c'est l'apparition de crises sensorielles constituées par des hallucinations de toutes les sensibilités.

Ces hallucinations revêtent souvent un caractère terrifiant. La malade voit des personnes attachées à sa perte qui l'injurient, lui représentant des spectacles terrifiants, la mettent

à la torture. Lorsqu'on s'approche d'elle, il arrive parfois à G... d'entendre des voix lui défendre de parler et lui dire que celui qui s'avance est attaché à sa perte, qu'il vient pour l'espionner. Aussi une certaine émotion s'empare d'elle qui lui fait fuir le nouvel arrivant et explique ses regards effrayés, son mutisme, l'allure de résistance qu'elle présente.

Dans l'intervalle de ses hallucinations G... est parfaitement lucide, sa mémoire est à peu près normale, le jugement est juste. La malade ne présente aucun trouble mental. Elle se rend parfaitement compte de son état, convient de l'état maladif, de ses hallucinations et demande à ce qu'on l'en guérisse.

Ces hallucinations naissent brusquement. Dans les examens cliniques longs et répétés qu'il nous a été donné de pratiquer pendant plusieurs mois, nous avons eu l'occasion de voir naître très souvent sous nos yeux des hallucinations, dont voici, pour fixer les idées, un exemple choisi entre beaucoup d'autres. Brusquemement G... se lève, elle aperçoit un serpent qui projette son dard pour la piquer. Elle voit des hommes qui vont se jeter sur elle, entend leurs voix qui la menacent, lui défendent de parler, lui annoncent toutes les souffrances qu'elle va subir. L'un dit : « Qu'on lui coupe les bras et les jambes, moi je me charge du reste. » Tous les supplices qu'on lui inflige, elle les ressent avec autant d'intensité que si ces tourments étaient réels et actuels. Les hommes qu'elle ne faisait naguère que voir et entendre, elle les sent maintenant ; ils lui « arrachent l'estomac, les yeux », ils la torturent ; ils lui sortent les épingles qui retiennent sa coiffure, nouent ses cheveux à leurs bras et les tirent de toutes leurs forces ; ils la lardent de coups de canif.

Puis, G... sent qu'on la terrasse, il lui semble qu'elle est étendue à terre (à ce moment elle est parfaitement assise à nos côtés), ses bourreaux lui compriment la poitrine de leurs genoux ; ils lui arrachent la peau et les ongles. A ces souffrances, antipyrine ni morphine n'apportent aucun soulagement.

III

Ces hallucinations terrifiantes, que nous venons de décrire, semblent ne s'être développées que depuis le mois de février ou mars 1900.

Depuis lors elles ont notablement augmenté de quantité. Si bien qu'au mois de juillet 1900, G... vint nous trouver en nous priant de la guérir de ses hallucinations par un moyen quelconque (tous lui étaient bons) ou bien de lui ôter la vie. Ses souffrances devenaient intolérables. « J'aimerais mieux être morte, nous disait-elle, que d'endurer tout ce que je souffre. »

Sur ses instances réitérées, nous eûmes l'idée d'essayer sur elle de la suggestion hypnotique. Dans le sommeil hypnotique, nous lui suggérons qu'elle n'aura plus à souffrir de ses persécuteurs, que ni elle ne les verra, ni elle les entendra, ni elle ne les sentira. Au début l'effet de cette suggestion durait peu. Mais peu à peu le temps de calme qui suivait le sommeil devint plus long. Actuellement, après une séance d'hypnotisme de un quart d'heure à vingt minutes, la malade reste jusqu'à six jours sans avoir de nouvelles hallucinations.

Endormie à des intervalles réguliers G... n'est plus tourmentée par ses hallucinations et jouit d'une tranquillité ardemment désirée. La malade est alors tout à fait normale, raisonne bien et nous est reconnaissante de « l'immense service » dit-elle, que nous lui rendons en la délivrant de ses hallucinations, véritable poison de son existence.

Le début de la séance d'hypnotisme est généralement marqué par une hallucination. Celle-ci se produit le plus souvent avant que le sommeil soit produit. Dans ces conditions, il est inutile de continuer les passes on n'arrive pas à endormir la malade ; il faut attendre que l'hallucination soit passée; après quoi le sommeil arrive assez rapidement. D'autres fois l'hallucination a lieu pendant le sommeil hypnotique. Celle-ci est alors bien plus tenace, surtout si l'on n'a pas soin de réveiller immédiatement le sujet. Car cette hallucination agit sur la phase de veille comme une véritable suggestion.

Enfin, on peut dire à G... pendant son sommeil, d'avoir telle hallucination après son réveil.

Il est donc possible de provoquer de la sorte soit à loisir, soit lorsque la nature nous l'offre, des hallucinations dans une conscience apparemment normale. Il est alors possible d'étudier, comme en une véritable expérimentation, les troubles dus aux hallucinations et imputables seulement à l'hallucination, puisque tous les termes restant les mêmes, ce facteur seul varie dans des conditions déterminées.

IV

Voici maintenant les résultats auxquels nous sommes arrivés.

Nous devons distinguer trois états différents dans les descriptions qui vont suivre : *a*) les hallucinations sont d'intensité faible ou moyenne ; *b*) les hallucinations sont très intenses; *c*) le passage du trouble hallucinatoire de la conscience à l'état normal.

a) La faible intensité de l'hallucination marque ordinairement la phase de début. A ce moment l'hallucination est surtout visuelle et auditive; plus rarement la sensibilité générale est atteinte.

Le premier phénomène que l'on observe, c'est d'abord de la *distraction*. G..., qui jusqu'alors répondait immédiatement, fait des réponses plus lentes, moins justes. A ce moment, si nous lui demandons ce qu'elle ressent, elle nous décrit parfaitement son hallucination, nous dit ce qu'elle voit, ce qu'elle entend, ce qu'elle ressent. Elle nous reconnaît facilement, juge bien ce que nous lui disons, discute avec nous. Dans ces conditions il nous est possible de lui faire convenir que ses hallucinations, n'ont aucun fondement réel, et qu'elles n'ont pas plus de réalité que des scènes terrifiantes qui se produiraient pendant un cauchemar et auxquelles elles sont absolument comparables.

« Je comprends bien tout ce que vous me dites, nous répondit-elle. je suis même toute disposée à le croire; mais voyez-vous je vois, j'entends, je ressens tout avec une telle netteté, comme si c'était là, que je ne peux pas croire que ce n'est pas vrai. Ces hommes je les vois et je les entends aussi bien que vous qui êtes là ; je les vois à côté de vous, et je sens ce qu'ils me font, aussi nettement que lorsque vous me touchez. »

A ce moment, touche-t-on, pince-t-on la malade, même faiblement, elle a des mouvements de défense exagérés, qui ne se produisent pas normalement. Ces mouvements ressemblent à des mouvements de crainte qu'elle fait pour se protéger, et en même temps elle se rejette en arrière et cherche à fuir. On dirait que toute impression provoque à

ce moment chez elle, des images mentales terrifiantes, analogues à celles que la plupart des individus éprouvent après un accident, après un danger, et qu'ils expliquent en disant qu'ils ont l'esprit « frappé ».

b) Les hallucinations sont extrêmement intenses. Dans ces conditions, le tableau que nous présente la malade est absolument différent. Nos questions restent toutes sans réponses. Quoique nous lui disions, elle ne répond rien. Si nous produisons des impressions à la surface du corps, (piqûres, pincements) si nous faisons un bruit, ou si nous provoquons chez elle une sensation quelconque plus ou moins intense ou bien aucune réaction ne se produit, ou bien le mouvement de défense est exagéré, et cette exagération est poussée beaucoup plus loin que dans le cas précédent. Car ici la malade se lève et essaye de fuir, et de s'échapper de nos mains.

En dehors de ces réactions particulièrement intenses à certaines impressions, réactions qui d'ailleurs sont rares, l'état de distraction le plus absolu règne chez notre malade. Plus rien du monde actuel n'existe pour elle, elle ne sait plus où elle est, et lorsqu'elle réagit à certaines impressions, c'est lorsque celles-ci rentrent dans le cadre de son délire et viennent s'incorporer à ses hallucinations. Elle vit dans un monde d'hallucinations et d'illusions. Nous-mêmes, qui dans le cas précédent, lui restions familiers, elle ne nous reconnaît plus, elle ne sait plus qui nous sommes, elle nous prend pour des brigands et des assassins attachés à sa perte : nous rentrons dans son delire, nous y sommes complètement incorporés, tous nos actes qu'elle perçoit sont interprétés dans le sens délirant. « Qu'est-ce que vous me voulez, espèce de grand brigand. Vous êtes le plus grand assassin de tous, qu'est-ce que je vous ai fait pour que vous me teniez de la sorte. Si vous ne me lâchez pas, je vous fiche un coup de pied. Non, lâchez-moi, s'il vous plaît, deux minutes seulement... » Tels sont les propos, que nous tient G... au moment de ses grandes hallucinations.

Les actes ne sont pas moins désordonnés que les paroles. Tant que durent les hallucinations, le sujet est en proie à une agitation intense, qui nécessite le déploiement d'une certaine force pour la maintenir. Brusquement elle se lève et court dans le laboratoire, elle cherche à s'emparer de cer-

tains objets qui sont à sa portée. Elle semble néanmoins avoir une certaine préférence pour les instruments contondants, comme des scalpels ou des ciseaux. Elle cherche également à briser tout ce qui lui tombe sous la main. Elle se précipite parfois du côté de la fenêtre, puis après un instant d'agitation motrice, elle se calme, reste assise sans bouger, la tête immobile, l'œil fixe et largement ouvert. Elle semble écouter ou voir quelque spectacle étrange. G... semble complètement insolite au milieu qui l'entoure, mais bientôt elle se lève brusquement et se précipite de nouveau dans le laboratoire, comme une personne qui chercherait à fuire une scène terrifiante. Elle est en proie à la même agitation motrice que précédemment, et les phénomènes que nous venons de décrire, recommencent jusqu'à ce qu'une nouvelle période de calme se produise ; et ainsi de suite pendant un temps variant entre une demi-heure ou une heure et demie.

Nous avons des renseignements sur ses états psychiques, pendant ces périodes hallucinatoires d'abord par les phrases qu'elle prononce dans son délire, et par certains renseignements sur ce qu'elle ressent en ces moments et qu'elle nous donne particulièrement, lorsqu'elle est plongée dans le sommeil hypnotique.

c) Il ressort de ce que nous avons pu recueillir sur ses phénomènes de conscience, que G... est en proie à des hallucinations terrifiantes de la vue, de l'ouïe, de la sensibilité générale, elle voit une guillotine, des hommes avec des haches, on dresse un bûcher, on lui annonce les tortures qu'elle va endurer, puis le feu arrive jusqu'à elle ; elle est dans les flammes. « Je brûle, laissez-moi me jeter par la fenêtre, » nous criait-elle pendant ses hallucinations. Nous-mêmes, elle nous prend pour ses bourreaux, elle ne nous reconnaît plus, ne nous voit plus habillés tels que nous sommes, ni avec notre figure habituelle. En ces moments, dit-elle, elle ne sait plus ce qu'elle fait, elle ne raisonne plus, ne peut plus dit-elle se retenir ; elle se compare à une lionne prête à se jeter sur ceux qui l'entourent. Ses actes ne sont plus arrêtés pour être jugés, ils suivent immédiatement l'idée ou même plus exactement l'image mentale. L'hallucination par son intensité trouble la plupart des processus psychiques et provoque un bouleversement dans les idées et dans les actes.

V

Ce tableau nous semble intéressant pour la psychiatrie expérimentale. En effet, ici ce que nous pouvons provoquer c'est l'état mental, qui dans le cas particulier est principalement causé par des hallucinations très intenses, et le délire consécutif, qui se manifeste par du désordre dans les idées et les actes, est le résultat de cet état mental. Il se passe donc à peu près le contraire, de ce qui a lieu normalement, quand nous inférons des désordres présentés par un malade à son état mental et surtout aux causes génératrices de ce désordre. Ici, nous sommes maîtres de la situation et les causes du désordre nous sont parfaitement connues. Dans quel cadre clinique placer ce tableau symptomatique? Ce cas de psychiatrie expérimentale pourra de la sorte apporter une certaine contribution à la pathogénie de la maladie, ou plutôt du trouble morbide, dans le cadre duquel l'observation clinique l'aura classé, ne tenant évidemment compte que de l'aspect symptomatique.

Ce qui caractérise ce tableau symptomatique, c'est en résumé l'état de distractions mentales du sujet joint à de l'agitation motrice, le désordre des idées et des actes, le tout sont la dépendance des hallucinations.

Il ne s'agit évidemment pas du tableau de la manie vraie. Le diagnostic symptomatique posé en présence de cette malade serait plutôt excitation maniaque avec confusion dans les idées et hallucinations. D'autres auteurs proposeraient pour cet état le diagnostic de confusion mentale hallucinatoire.

On sait que la confusion mentale présente elle-même plusieurs formes cliniques dont la forme maniaque, c'est la place qu'on lui assignerait dans ce cadre nosologique. Une variété nosologique a été décrite en Allemagne et dans laquelle nous devons nous demander, si notre cas ne devrait pas être placé.

C'est la *paranoïa aigue*. Sous ce nom les auteurs décrivent des cas, dans lesquels on observe des hallucinations (les auteurs l'ont appelée paranioa aigüe hallucinatoire) et une certaine systématisation dans le délire ou plutôt une simple

orientation constante dans les conceptions délirantes. Mais ici il y a une idée fixe, une histoire qui demeure invariable.

Chez notre malade il n'y a pas d'idées persistantes ni fixes, tout l'état mental est sous la dépendance de nombreuses hallucinations; il est mobile avec elles. On ne peut pas dire à proprement parlerr qu'il s'agit d'idées de persécution ; la malade a devant ses yeux des tableaux effrayants auxquels elle réagit automatiquement, mais elle n'a pas pendant l'accès l'idée qu'elle est persécutée. Elle souffre, mais elle ne peut pas assez sytématiser, analyser, ni revenir sur elle-même, s'examiner et réfléchir pour avoir la conception nette et systématique qu'on la persécute.

Il s'agit donc ici d'une véritable confusion mentale, dans laquelle les hallucinations se succèdent comme en une véritable fantasmagorie kaleidoscopique. L'état mental de G... indépendamment des réactions motrices, ressemble assez à celui d'un individu atteint de delirium tremens auquel on a souvent comparé la confusion mentale hallucinatoire.

La connaissance de l'état mental de notre sujet, peut donc assez bien nous faire pénétrer, dans celui qui doit présider à l'évolution de certaines confusions mentales, quelque soit l'élément étiologique qui ait causé son développement, et indépendamment de lui. Ces crises hallucinatoires durent une heure et demie environ. Lorsqu'elles finissent les hallucinations ne disparaissent pas mais, diminuent progressivement; ce sont les hallucinations de la sensibilité générale qui cessent les premières, mais bientôt toutes disparaissent. Cependant la conscience n'est pas encore normale. La malade reste plongée pour un certain temps dans un monde fictif encore tout impreigné des tableaux dont l'avaient peuplé tant d'hallucinations. Les illusions demeurent un certain temps; G... ne sait plus où elle est. Quand nous lui demandons qui nous sommes, tout d'abord elle ne nous répond pas puis elle nous dit que nous sommes ses bourreaux. Il faut qu'elle se rende compte des objets, qu'elle étudie le milieu ambiant.

Nous lui disons de nous reconnaître, de regarder qui nous sommes. Pour commencer, elle ne porte que timidement la main sur nous, puis elle s'enhardit, touche nos vêtements, nos mains, notre visage, notre chevelure ; alors ce n'est qu' elle nous reconnait et bientôt tout est jugé à sa

valeur. G... comprend ce qui vient de se passer, sa conscience est de nouveau normale.

Cet état de réveil, pendant lequel malgré la disparition des hallucinations, les illusions durent toujours en raison de la persistance des points de repère qui les avaient engendrées, existe également à la suite des états de confusion mentale hallucinatoire. La durée seule est plus longue. Dans ces conditions tout semble étrange au malade ; il faut qu'il refasse connaissance avec le monde et les divers phénomènes de la nature. Il faut qu'il se rende compte de tout ce qui l'environne et principalement de ce qui peut lui rappeler les scènes, que ses illusions et ses hallucinations avaient placées dans son délire. Il faut que le malade se fasse une nouvelle éducation, se ressaisisse, fasse une étude de tout ce qui se présente à lui et arrive à le reconnaitre.

Un état analogue, quoique d'une durée un peu plus rapide, ne se produit-il pas physiologiquement à la suite d'un rêve? Pendant une période très courte qui s'étend entre le sommeil et la veille, l'individu qui vient d'avoir un cauchemar revoit, dans les nouvelles sensations qui s'offrent à lui, la continuation de son rêve, qu'il poursuit ainsi encore pendant un certain temps dans la vie de la veille. Il faut qu'il se ressaisisse, fasse une analyse minutieuse de toutes ses sensations, juge tous les phénomènes qui se présentent à sa conscience et fasse une nouvelle synthèse des sensations présentes avec toute sa vie passée. Il lui faut donc faire effort d'attention, d'examen, de mémoire, de jugement, de synthèse pour qu'il arrive à se placer dans la vie réelle avec la vraie place qu'il y occupe. Ce n'est qu'après ces efforts que la conscience du sujet est redevenue normale.

VI

En d'autres termes les faits que nous rapportons constituent, croyons nous, des vraies recherches expérimentales s'adressant à la valeur et au rôle actif d'une image ou d'une idéation sur unu synthèse normale préalablement prédisposée. Chez notre sujet nous retrouvons les phénomènes qui se passent dans le mécanisme psychologique des faits d'adaptation et de distractions habituels à l'individu bien

portant; sans doute ces phénomènes sont exagérés, la structure en est plus élastique et précisément à cause de cette structure psychopathique ils prennent à nos yeux une importance capitale, puisqu'ils permettent de saisir les éléments intimes de ce mécanisme.

Voici quelles conclusions nous croyons être en droit de formuler.

1° L'étude de la vie psychologique de notre sujet, suivi dans son évolution, nous montre que les crises hystériques du début ont été remplacées par de l'agitation motrice à laquelle a succédé cette disposition spéciale de la malade à un état hallucinatoire. Elle présente en somme une succession dans le temps de trois catégories de troubles morbides, qui paraissent avoir chez G... la valeur de termes équivalents.

Les hallucinations actuelles peuvent être considérées « largo senso » comme des crises psychiques. Ainsi une fois de plus on pense à l'existence d'une agitation psychique indépendante et bien distincte d'une agitation motrice et d'une crise convulsive.

L'explication intime du phénomène échappe à notre connaissance et malgré tous nos efforts d'analyses et d'expériences nous n'avons pas pu surprendre le mécanisme de cette évolution, fait d'autant plus difficile à étudié que les états antérieurs de la malade nous étaient totalement inconnus. Les auteurs citent d'ailleurs de nombreux faits tendant à démontrer la réalité de ces équivalents psychiques de la crise motrice, notamment dans l'épilepsie. Ces documents ont en outre le mérite d'apporter quelque contribution à la psychologie de l'hallucination.

2° Notre cas précise, d'autre part, comme nous l'avons dit plus haut, le mécanisme de la psychologie de la distraction et de l'attention. A l'état soi-disant normal l'état mental de G... présente à peu près la puissance d'attention, que l'on retrouve chez tous les sujets normaux. Une image plus intense, une idéation qui s'extériorise détruit le pouvoir d'attention et la synthèse mentale s'oriente intimement et presque instantanément vers l'image et s'y adapte. Cette image imposée occupe la conscience et provoque un état de distraction, lorsque l'hallucination est d'intensité moyenne.

Lorsque l'hallucination est très intense, à la distraction fait place un véritable état de confusion mentale. Le rapproche-

ment, que cette expérience naturelle permet entre deux états psychiques, semble jeter quelque lumière sur le mécanisme et la structure mentale qui préside à l'état de confusion. L'idéation provoquée est rapidement adaptée et à mesure que la distraction grandit, un état de croyance en la réalité de l'image accompagne son extériorisation.

Dans l'hallucination l'image impose pour ainsi dire, par les idéations qu'elle évoque, un arrêt à la pensée, arrête l'éclosion de tout souvenir et à mesure que l'hallucination gagne d'intensité, la distraction grandit pour bientôt évoluer vers un état de confusion, qui n'en est que la plus haute expression, état dans lequel les images se succèdent rapidement, voltigent autour de l'objet de l'hallucination provoquée. La coexistence des images devient toujours plus obtuse, tandis que l'éréthisme psychique va en augmentant.

3° Le passage de cet état à la vie psychologique normale est intéressant, en ce qu'il montre les nombreux processus psychiques qui concourent à une structure et une synthèse mentales normales.

La distraction est ébranlée dans son adaptation par des excitations sensorielles venues du milieu extérieur, qui gagnent d'intensité et rendent possible le retour de la mémoire et du souvenir grossier mais précis. La lueur de conscience, revenue d'elle-même, cherche des points d'appui ; la croyance en la réalité de la scène des hallucinations s'élimine par les contrôles des différentes données sensorielles, dont chacune apporte un coefficient d'images, toujours plus complètes et mieux définies, qui achèvent le réveil définitif.

Sans pouvoir expliquer la génèse et la nature de l'hallucination, les quelques résultats, que nous venons de résumer, peuvent contribuer, pensons-nous, à l'etude de la génèse et de l'évolution des états de conscience provoqués par des hallucinations.

REVUE D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES.

XXXIII. **Altérations de la sensibilité tactile et thermique à la suite de la lésion d'un rameau digital du nerf médian**; par G. Ferrari. (*Riv. sp. di fren.*, 1900, fasc. 1.)

L'étendue du champ de l'anesthésie thermique plus grande que celle du champ de l'anesthésie tactile porte l'auteur à admettre l'existence de fibres distinctes pour les diverses sensibilités, et distribuées différemment dans les troncs nerveux. J. Séglas.

XXXIV. **De l'élimination rénale du bleu de méthylène dans les diverses formes de psychoses**; par Bodoni. (*Riv. sp. di fren.*, 1899, fasc. 3-4.)

Le bleu de méthylène a une action considérable sur l'organisme, particulièrement sur le système nerveux, action qui se reflète sur l'élimination du bleu lui-même. La forme psychopathique influe toutefois sur l'élimination; et la moralité de l'élimination varie de l'une à l'autre forme, comme elle varie suivant le moment du processus morbide, principalement chez les paralytiques généraux. Chez beaucoup d'aliénés, le bleu de méthylène est éliminé non seulement par les urines, mais encore par les fèces.

L'auteur a observé ce fait dans 4 cas sur 12. Plus qu'à l'état anatomique des reins, la fonction rénale est liée chez les fous aux troubles généraux qui produisent et maintiennent chaque forme morbide; et c'est en raison de ces troubles que varient la qualité et la quantité de l'élimination. Le bleu de méthylène ne peut servir à contrôler l'état anatomique et fonctionnel des reins chez les aliénés, pas plus que chez les autres malades ou même chez les individus sains. J. Séglas.

XXXV. **Du réflexe oculo-pupillaire**; par Stefani et Nordera. (*Riv. sp. di fren.*, 1899, fasc. 3-4.)

Le réflexe que les auteurs dénomment oculo-pupillaire se manifeste à la suite de l'action de stimulus excitant la cornée et la conjonctive, ou, à un degré beaucoup moindre, d'excitation des

parties tout à fait voisines de l'œil. Il manque lorsque le stimulus, de quelque nature et de quelque intensité qu'il soit, porte sur d'autres régions.

Pour provoquer ce réflexe, il suffit de frotter légèrement les paupières ou de titiller la conjonctive ou la cornée, avec la pulpe du doigt ou une sonde; le réflexe peut être aussi déterminé par un stimulus électrique, par des excitations thermiques portant sur la région oculaire, bien que dans ces derniers cas, des actions plus complexes entrent en jeu.

A la suite de l'attouchement de la cornée ou de la conjonctive, les *deux* pupilles peuvent revenir subitement sur elles-mêmes, comme à la suite des excitations sensitives en général. Lorsqu'il s'agit d'une irritation prolongée, la dilatation des pupilles, qui suit immédiatement l'action première du stimulus, fait subitement place à un rétrécissement; ensuite, si l'irritation persiste, les pupilles subissent un élargissement léger progressif. C'est là le véritable réflexe oculo-iridien. Après un temps variable, d'ordinaire au bout de deux minutes environ, succède une constriction manifeste de durée variable, mais généralement plus prolongée. Lorsque l'excitation cesse, les pupilles reprennent leur largeur première. Les variations de l'orifice pupillaire intéressent d'une façon égale les deux iris : quelquefois durant l'observation, on note des oscillations du diamètre pupillaire, mais elles ne troublent en rien l'évolution complexe du mouvement de l'iris.

Le réflexe oculo-pupillaire qui se distingue du réflexe sensitif ordinaire par la lenteur du mouvement de l'iris et par la localisation du stimulus provocateur dans la région oculaire, comporte comme lui deux phases de dilatation et de constriction. Mais, à l'inverse de l'autre, la phase vraiment caractéristique du réflexe oculo-iridien, est la constriction.

Pour constater le premier mouvement du réflexe oculo-pupillaire (dilatation), il convient d'examiner les pupilles à une lumière intense (lumière solaire); la dilatation qui s'observe est cependant presque toujours très legère. Pour constater le second mouvement (constriction) il est opportun de faire l'examen à lumière faible, auquel cas le phénomène est très évident. L'examen se pratique soit directement soit à l'aide du pupillomètre de Schweigert.

L'existence du réflexe oculo-iridien et de la réaction pupillaire aux excitations thermiques a été vérifiée par les auteurs dans toutes les nombreuses observations faites sur les individus normaux. Chez les aliénés au contraire, et surtout chez les paralytiques généraux, ces phénomènes ont toujours été trouvés a térés ou abolis, alors même qu'à l'examen ordinaire les pupilles ne présentaient aucune altération, ou des altérations à peine perceptibles. Aussi les auteurs pensent-ils que la recherche de ces

phénomènes peut être utile dans certaines affections nerveuses et spécialement dans la paralysie générale. J. SÉGLAS.

XXXVI. **Modifications de structure de la cellule nerveuse de l'écorce dans la fatigue** ; par GUIDO GUERRINI (*Riv. di pat. nerv. et ment.*, 1900, fasc. 1.)

XXXVII. **Sur les modifications que le processus de putréfaction peut imprimer aux cellules nerveuses déjà altérées pathologiquement** ; par Luigi Comparini BARDSKY. (*Riv. di pat. nerv. et ment.*, 1900, fasc. 2.)

XXXVIII. **Sur la pathologie des cellules des ganglions sensitifs** ; par LUZARO. (*Riv. di pat. nerv. et ment.*, 1900, fasc. 4 et 6.)

XXXIX. **Un cas de porencéphalie** ; par UMBERTO DEGANELLO. (*Riv. di pat. nerv. et ment.*, 1900, fasc. 5.)

XL. **Importance du prognathisme et utilité des mesures linéaires du squelette facial pour la détermination du sexe** ; par le Dr GIUFFRIDA-RUGGERI. (*Riv. sp. di fren.*, 1900, fasc. 1.)

XLI. **Influence du sang des épileptiques sur le développement embryonnaire avec considérations particulières sur la théorie toxique de l'épilepsie**; par CENÉ. (*Riv. sp. di fren.*, 1899, fasc. 3-4).

Le sang des épileptiques, en général, contient constamment des principes toxiques, fabriqués par l'organisation même, et qui ont une influence nuisible sur le développement de l'embryon. Le degré de cette propriété tératologique du sang se maintiendrait constante et uniforme pour chaque individu dans les diverses phases de sa maladie, tandis qu'elle serait en rapport direct avec l'âge de l'individu, et spécialement avec la gravité des manifestations épileptiques et avec la date de leur apparition. D'une façon générale, à la présence et à la gravité de mantfestations épileptiques, dans la sphère motrice correspondrait une propriété tératologique du sang moins accentuée que celle qui accompagne les manifestations épileptiques dans la sphère psycho-sensorielle. J. SÉGLAS.

XLII. **La sensibilité chez les sourds-muets du rapport avec l'âge et le genre de surdi-mutité**; par FERRAI. (*Riv. sp. di fren.*, 1899, fasc. 3-4.)

Les différentes sensibilités, excepté la sensibilité tactile et aussi, bien qu'à un degré moindre, la sensibilité générale, vont en se perfectionnant chez les sourds-muets avec le progrès de l'âge.

Les sourds-muets affectés de surdité acquise sont constamment plus sensibles que les sourds-muets congénitaux. Le mancinisme sensoriel (sensibilité générale et à la douleur) est très fréquent chez les sourds-muets et plus encore chez les congénitaux que chez les acquis. Les variations individuelles de la sensibilité sont très étendues. J. Séglas.

XLIII. Sur l'anatomie pathologique de la paralysie de Landry; par le Dr P. Guizzetti. (*Riv. sp. di fren.*, fasc. 3-4.)

La paralysie de Landry est d'ordinaire, peut-être même toujours, la conséquence d'une infection. Les espèces de bactéries qui peuvent la provoquer sont multiples et chacune dans la détermination des altérations du système nerveux, suit ses propriétés particulières, de la même manière que dans les autres organes ou tissus, sans tenir compte du siège fonctionnel. Suivant la présence ou l'absence constantes des germes dans le tissu nerveux, on doit distinguer deux classes de paralysies de Landry : 1° l'une, directement parasitaire, produite par la présence directe des germes dans le système nerveux : 2° l'autre, toxi-infectieuse, déterminée par l'action des substances toxiques produites par les germes qui ont leur siège au dehors du système nerveux. L'anatomie pathologique a des caractères différents dans la première ou la seconde classe.

Dans la forme directement parasitaire, les caractères anatomiques peuvent changer quelque peu d'une espèce à l'autre : mais, au fond, ils ont l'aspect inflammatoire. Le siège en ce cas est plus fréquemment spécial, et alors anatomiquement on se trouve en face de formes incomplètes de myélites ou de méningo-myélites, formes incomplètes, soit parce que la rapidité de la mort en a interrompu le développement, soit pour d'autres causes, atténuation ou rareté des germes, résistance exceptionnelle de l'organisme...

Dans la forme toxi-infectieuse, la caractéristique anatomique n'est pas l'absence d'altérations, ainsi que le croient encore certains auteurs, mais leur physionomie spéciale ; il s'agit alors d'altérations principalement ou presque exclusivement dégénératrices, diffuses, ayant leur origine dans les parties les plus délicates de l'élément nerveux. Dans tout cas de paralysie de Landry, pour l'appréciation des altérations, il faut toujours tenir compte des lois anatomo-pathologiques du neurone, dans le but de distinguer, autant que possible, les altérations primitives des secondaires. Aussi, dans le cas de dégénération des nerfs périphériques, faudra-t-il voir s'il s'agit d'une névrite parenchymateuse ou de dégénérescence wallérienne secondaire : et, dans les lésions des cellules nerveuses, s'il s'agit d'altérations directes ou indirectes, secondaires à l'interruption du cylindraxe.

Les lésions de la paralysie de Landry paraissent toujours récentes en raison même de la rapidité de l'évolution clinique. Ce fait justifie l'absence contradictoire de certaines lésions secondaires (lésions des racines postérieures avec intégrité des cordons postérieurs), parce que ces derniers n'auraient pas eu le temps de se développer. Il convient aussi de remarquer l'existence de paralysies développées dans des territoires nerveux où les altérations anatomiques sont très légères. Cela peut expliquer les cas *sine matéria*, et mieux encore les améliorations rapides, partielles ou générales des paralysies.

Au point de vue technique, dans les cas de paralysie de Landry, surtout à symptômes spinaux, pour découvrir les germes, on devra recourir à la ponction lombaire. Si l'on retardait les recherches après la mort, on pourrait n'obtenir qu'un résultat négatif en raison de leur disposition. Pour reconnaître avec exactitude certains états dégénératifs des cylindraxes de la moelle épinière, surtout dans leurs degrés légers, on doit recourir méthodiquement aux coupes microscopiques longitudinales de la moelle, parce que dans les coupes transversales, ces états dégénératifs peuvent échapper ou en tout cas ne se peuvent voir avec tous leurs caractères. D'ailleurs, les recherches anatomiques doivent être étendues à tout le système nerveux et ne pas se limiter à une ou quelques parties. J. SÉGLAS.

XLIV. Recherches expérimentales sur la mémoire des impressions visuelles; par A.-W. GUERWER. (*Obozrénié psichiatrii*, IV, 1899).

Expériences très fines de psychologie, desquelles il résulte ce qui suit : 1° Le souvenir des impressions visuelles, dans le cours des trois premières minutes qui suivent la réception, se modifie peu : au bout de cinq minutes, il s'affaiblit notablement ; après dix minutes, il parait avoir tout à fait disparu ; 2° Les personnes en expérience donnent les réponses les plus exactes, quand on met entre l'impression et la demande un intervalle de quinze à vingt secondes ; si l'intervalle est de deux à dix secondes, quantité de réponses sont moins exactes que si l'on met une pause de quinze à vingt secondes ; 3° Quand on passe d'un objet moins éclairé à un objet plus éclairé, le nombre des réponses exactes est plus grand que lorsque l'on passe d'un objet plus éclairé à un objet moins éclairé. P. KERAVAL.

XLV. Des lésions de la queue de cheval ; par W.-M. BECHTEREW. (*Obozrénié psichiatrii*, IV, 1899.)

L'auteur rappelle ses expériences avec ROSENBACH (*Neurolog Centralbl.* 1884). La section de la queue de cheval chez les animaux

détermine : 1° de l'anesthésie limitée aux régions de l'orifice anal, du périnée, des organes sexuels, et de la face postéro-interne des extrémités postérieures. 2° De la paralysie du mouvement des deux pattes postérieures, avec réaction dégénérative des muscles paralysés. 3° De la paralysie des sphincters, de la vessie, et du rectum. Chez l'homme, les lésions de la queue de cheval et du cône médullaire produisent : de la douleur et de la paresthésie au périnée, à l'anus, dans le membre sexuel, dans les extrémités inférieures. Il existe, en outre : 1° Une insensibilité, qui porte sur tout le périnée, sur l'anus, sur les organes sexuels, sur la région des fesses, sur les segments postérieurs et en partie internes des cuisses, parfois, quand la lésion monte, sur les parties postérieures des jambes, et, dans quelques cas même, sur la face antérieure de la jambe. 2° De la paralysie du mouvement aux extrémites inférieures, avec modification de la réaction électrique des muscles paralysés innervés par les nerfs dans la région desquels existe l'anesthésie : lorsque la lésion est limitée, et que l'anesthésie ne descend pas franchement aux extrémités inférieures, il peut ne pas y avoir du tout de paralysie motrice de ces membres. 3° De la paralysie du rectum et de la vessie. 4° De l'impotence sexuelle. 5° Une diminution ou une complète disparition des réflexes des extrémités inférieures. RAYMOND a suivi la formation cumulative des symptômes à mesure que la lésion monte de la partie inférieure du canal sacré jusqu'à la première vertèbre sacrée (Nelle iconographie de la Salpêtrière 1899) : il place la limite supérieure du cône médullaire immédiatement au-dessus du centre ano-vésical, lequel est au niveau de la sortie des troisième et quatrième paires sacrées. De sorte que la lésion du cône médullaire se caractériserait seulement par l'atteinte de la sphère d'innervation de la vessie et du rectum : cela confirme ce qui vient d'être dit. P. KERAVAL.

XLVI. **Du souvenir des mouvements passifs** ; par M.-N. JOUKOWSKY. (*Obozrénié psichiatrii*, IV, 1899.)

D'ingénieuses expériences, au nombre de 1000, résumées par des chiffres disposés en des tableaux, il résulte que l'emmagasinement des sensations issues des mouvements passifs se fait remarquer par une grande précision, et que le souvenir en est assez complet. Le souvenir de ces sensations ne commence à s'affaiblir que lorsque les intervalles entre des mouvements séparés varient au moins de deux minutes ; quand ces intervalles sont moindres, les sensations correspondant aux mouvements reviennent assez fidèlement. Quand les intervalles de temps qui séparent deux mouvements sont de cinq minutes, le sujet met deux fois plus de temps à se rappeler leurs sensations. Le souvenir se modifie

presque identiquement pour les grands et les petits mouvements. L'augmentation d'un mouvement passif est perçue bieu plus exactement que sa diminution. La limite de perception du mouvement croît avec la grandeur du mouvement effectué. La disposition d'esprit exerce une influence sur la modification du souvenir ; celui-ci disparait plus vite dans le cas de mauvaise humeur que dans le cas inverse. P. KERAVAL.

XLVII. **Altérations spinales dans la paralysie agitante** ; par Max NONNE. (*The American Journal of medical Sciences*, juin 1900.)

Ch.-A. Dana avait publié dans ce même journal (Nov. 1899) un article sur un cas de paralysie agitante, dont il avait fait une étude anatomique complète. Par la méthode de Nissl, Dana trouva des altérations des grandes cellules des cornes antérieures : « pigmentation marquée du corps cellulaire, chromatolyse, perte et déplacement des noyaux, atrophie et absence d'un certain nombre de dentrites ». Cellules des colonnes de Charke intactes. Par la méthode de Marchi, il découvrit une dégénération des cellules des cornes antérieures. Les vaisseaux sanguins de la moelle etaient légèrement altérés ; légère prolifération du tissu interstitiel. De ces faits, Dana tire une opinion pathogénique sur la paralysie agitante. Cette maladie résulterait d'une altération fonctionnelle des extrémités des dentrites des fibres nerveuses provenant des cellules corticales, au point où elles atteignent les cellules motrices des cornes antérieures et en même temps une lésion fonctionnelle de cellules motrices spinales elles-mêmes. De plus, dans les cas avancés, une lésion anatomique peut être constatée. Enfin la cause du tremblement pouvait être attribuée aux troubles venant modifier l' « influx égal des impulsions motrices » qui se transmet du cerveau à la moelle.

Aux constatations et conclusions de Dana, Max Nonne qui n'employa pas le Marchi, fait les critiques suivantes : Les modifications que permettent de trouver la méthode de Nissl sont les mêmes que celles vues par Dana ; mais il n'y a pas de différence entre les altérations qu'on trouve dans les moelles séniles et celles qu'on voit dans le cas de paralysie agitante. Les modifications décrites par Dana ne sont nullement différentes de celles qu'on rencontre ordinairement dans la cachexie. De telles altérations ont été maintes fois décrites par des auteurs allemands qui n'y ont attaché aucune importance pathognomonique. Ces constatations ont été faites par Gœbel et Sander.

De l'étude faite sur ce point par Sander, il résulte : 1° que presque tous les auteurs ont observé une prolifération de la névroglie dans la substance blanche de la moelle, en même temps que des altérations scléreuses des artères et des petits vais-

seaux sanguins; 2° que la majorité des auteurs ne considèrent pas ces modifications comme différentes de celles qu'on rencontre dans les cas sénilité, et que, en conséquence, ils hésitent à admettre que ces constatations puissent être en corrélation avec la paralysie agitante. D'après Sander, il serait bon, puisqu'il y a prolifération de névroglie dans tons les cas de paralysie agitante — ceux de Dana et d'Oppenheim exceptés — d'utiliser la coloration névroglique de Weigert. Les études de Dana et celles de Nonne, dans lesquelles cette méthode n'a pas été employée doivent être considérées comme incomplètes. Sander arrive cependant à une conclusion presque semblable à celle de Dana : il y a obstacle au passage de l'influx nerveux allant du cerveau à la mœlle, mais Sander ne place *pas* cet obstacle dans *les cellules nerveuses*.

POULARD.

XLVIII. Autopsie dans un cas d'adipose douloureuse, avec examen microscopique; par F. X. DERCUM. (*The Journal of Nervous and Mental Deseasc*, août 1900.)

L'adipose douloureuse, affection qui porte encore le nom de l'auteur de cet article, maladie de Dercum, fut déjà décrite cliniquement un certain nombre de fois; dans deux cas l'autopsie fut faite, mais sans examen microscopique; c'est donc la première fois qu'une étude anatomique complète de cette maladie a été faite.

Voici les principales constatations qui ont été faites : Le tissu adipeux très abondant ne présentant dans sa structure rien qui pnisse le différencier du tissu adipeux normal. Les nerfs périphériques étaient évidemment le siège de névrite interstitielle. Il y avait diminution marquée et atrophie des fibres nerveuses, en même temps qu'une grande prolifération du tissu conjonctif à la périphérie et de l'épaisseur du nerf. Ces modifications siégeaient dans les nerfs périphériques, ceux qui cheminent dans le tissu cellulaire sous-cutané; les troncs nerveux plus volumineux n'offrant aucune lésion. La moelle présente quelques modifications dans les régions thoracique supérieure et cervicale inférieure; il s'agit d'une dégénération peu accentuée des cordons de Goll. Dans l'encéphale, aucune modification, si ce n'est une pigmentation anormale des cellules corticales. Le corps pituitaire est macroscopiquement et microscopiquement normal.

Il en est autrement de *glande thyroïde*. Son volume était diminué. A l'examen microscopique, on nota une série de modifications, dont l'ensemble dénote une hypertrophie du tissu thyroïdien. Dercum, sans émettre une opinion absolue, pense qu'il s'agit dans ce cas d'une hypertrophie compensatrice semblable à celles obtenues par Halsted sur le chien, après extirpation partielle

de la glande thyroïde. La glande, en effet, était petite et sans doute assez pour déterminer une hypertrophie compensatrice. Il est probable, cependant, que d'autres facteurs tels que des troubles fonctionnels ont aussi joué un rôle dans la production de l'adipose et des autres symptômes présentés par la malade. On peut concevoir, en effet, que, par suite d'un trouble fonctionnel de la glande thyroïde, une substance soit jetée dans la circulation, qui en même temps empêche l'oxydation des hydrocarbonés et agisse comme ceux de névrite et de dégénération nerveuse. Quelle que soit l'explication, il est intéressant de rappeler la diminution des sueurs, la lenteur de parole et l'irritabilité mentale présentées par notre malade et également observées dans une autre maladie de la glande thyroïde, le myxœdème.

Il est également intéressant de noter que dans les deux autopsies antérieures d'adipose douloureuse (bien que les pièces anatomiques aient été perdues par accident et non examinées microscopiquement) les deux glandes thyroïdes présentaient des lésions évidentes. Ainsi, dans un cas, la glande était « petite, indurée et infiltrée de substance calcaire dans les deux lobes », et dans l'autre cas elle était « plus grande que normalement, plus dure au toucher et très calcifiée, surtout dans le lobe droit ». L'observation clinique de cette malade fut décrite, il y a deux ans, dans le même journal américain (mars 1891.) POILLARD.

XL. Contribution à l'étude du réflexe plantaire basée sur l'étude de sept cent malades chez lesquels on rechercha spécialement le signe de Babinski; par G. L. WALTON et W. E. PAUL. (*The Journal of Nervous and mental Desease*, juin 1900.)

On peut résumer de la façon suivante les conclusions auxquelles ont abouti les soigneuses recherches des auteurs sur le signe de Babinski :

1° A l'état de santé, la recherche du réflexe plantaire peut donner lieu aux phénomènes suivants : *a*) flexion de tous les orteils ; *b*) flexion de quelques orteils (les externes en général); *c*) flexion de tous les orteils d'un côté et de quelques orteils (les externes en général) de l'autre côté; *d*) aucun mouvement des deux côtés (10 p. 100 des cas) ; *e*) flexion de tous ou de quelques orteils (généralement les externes) d'un côté, avec absence de mouvement de l'autre côté (au moins 10 p. 100 des cas) ; *f*) quelquefois, chez les individus très sensibles, mouvements rapides semi-volontaires, indéterminés, tantôt de flexion, tantôt d'extension ;

2° Dans la première enfance, aucun mouvement constant ou caractéristique des orteils ne peut être constaté, bien que l'extension soit un peu plus fréquente que la flexion ;

3° Le réflexe de Babinski s'obtient chez environ 70 p. 100, des hémiplégiques et diplégiques et avec la même proportion dans le cas de maladies intéressant le faisceau pyramidal dans la moelle;

4° Le réflexe de Babinski ne se voit jamais à l'état de santé et nos observations nous conduisent à douter de son existence dans les maladies nerveuses fonctionnelles ou organiques ou autres n'intéressant pas la voie pyramidale;

5° Ce réflexe est souvent le premier à apparaître dans les maladies du faisceau pyramidal; par exemple, au début d'une attaque d'hémiplégie avant l'établissement du réflexe rotulien exagéré et de la trépidation épileptoïde; il peut persister un certain temps après la disparition des autres réflexes, par exemple, quand le réflexe rotulien et la trépidation épileptoïde font défaut, par suite d'ankylose, de contracture ou d'altération musculaire, comme dans la diplégie permanente ou par suite de dégénérations comme dans les affections combinées du système nerveux. Ce réflexe est alors d'un grand secours pour le diagnostic;

6° Ce réflexe, très exceptionnellement, se montre dans des cas qui ne sont pas conformes aux types reconnus d'affections pyramidales (méningite, hydrocéphale, intoxication, alcoolisme, urémie). Ces exemples sont réellement trop peu nombreux pour atténuer la valeur diagnostique de ce phénomène qui reste un des meilleurs signes permettant de reconnaître les lésions pyramidales. POULARD.

L. **Veines spinales variqueuses : une rareté nécroscopique**; par CLARENCE E. COON. (*The New York Medical Journal*, 17 mars 1900.)

Il s'agit d'un homme de cinquante-huit ans, ni fumeur, ni buveur, mais syphilitique, ayant souffert de constipation opiniâtre et de masses hémorrhoïdaires, et aussi d'une cystite par hypertrophie de la prostate avec rétention d'urine : à diverses reprises il y avait eu des collutions purulentes périnéales, s'étant généralement évacuées par l'urèthre, et une fois par le scrotum : la saphène interne droite, à la cuisse et à la jambe, était énormément dilatée et flexueuse. Depuis environ quinze ans il avait eu des douleurs fulgurantes épouvantables dans les extrémités inférieures, douleurs que la fatigue exaspérait. Pas de paralysie, pas d'incoordination des mouvements, pas d'anesthésie ; les réflexes du genou sont légèrement exagérés. Dans les derniers temps de sa vie, surtout le dernier mois, il se repose, et les douleurs diminuent; le séjour au lit les fait disparaître presque complètement. En septembre 1899, il est pris de zona à droite, et les douleurs du zona sont représentées par lui comme absolument semblables à celles du membre inférieur. Il meurt de tuber-

culose en octobre 1899. A l'autopsie le corps paraît être celui d'un homme de soixante-dix ans au moins (il en a cinquante-huit) : l'examen des poumons montre des lésions tuberculeuses : aucune autre grosse lésion. La moelle est mise à nu ; assez haut dans la région dorsale on trouve une petite surface congestionnée : au point de jonction des vertèbres dorsales et lombaires, on voit à travers la dure-mère une large ligne violette, d'environ trois pouces de longueur, s'étendant parallèlement à la moelle. On détache la moelle, on la sectionne à l'extrémité supérieure de la région dorsale, et on enlève la dure-mère. On trouve alors une portion de la veine spinale postérieure très dilatée et remplie de sang veineux très foncé. Au-dessus de la dilatation, qui se termine très brusquement, la veine est mince et on peut à peine la suivre sur la surface postérieure de la moelle. L'extrémité inférieure de la dilatation se trouvait au point où la veine émerge de la surface interne de la dure-mère. La longueur de la portion dilatée était de 5 centimètres et son diamètre, uniforme sur toute la longueur, de trois millimètres.

A la surface antérieure de la moelle, à l'extrémité inférieure de la région lombaire, et descendant assez bas dans la queue de cheval, on trouve deux veines dilatées, mais d'un calibre bien moins fort que celle qui a été décrite. L'examen microscopique de la moelle n'a rien révélé de particulier.

L'auteur estime qu'il est vraisemblable que la compression exercée par cette veine postérieure dilatée a été la cause des douleurs fulgurantes : en effet, 1° les douleurs fulgurantes figurent parmi les symptômes précoces d'une compression exercée par une tumeur sur la région postérieure de la moelle; 2° le siège de la dilatation s'accorde avec les douleurs senties dans les extrémités inférieures; 3° les douleurs s'aggravaient toujours par la fatigue; 4° le séjour au lit, très favorable à la circulation en retour du sang veineux les faisait presque entièrement disparaître.

On s'explique que les petites dilatations variqueuses de la face antérieure n'aient pas causé de troubles moteurs par cette double considération qu'elles siégeaient à la queue de cheval, région où le canal vertébral est vaste, et d'autre part que leur calibre beaucoup plus petit ne leur permettait pas d'exercer une compression assez considérable pour déterminer des troubles fonctionnels.

R. DE MUSGRAVE-CLAY.

LI. **L'étude de l'inhibition**; par J.-Y. GONZALEZ. (*The New York Medical Journal*, 27 janvier 1900.)

Après avoir indiqué les diverses théories de l'inhibition, qui ne le satisfont pas, M. Gonzalez en propose une nouvelle, qui se résume

de la manière suivante : Il interprète la force d'inhibition dans les termes d'un mouvement moléculaire qui n'est pas sans analogie avec la redistribution isomérique des molécules dans les substances colloïdes. Tout organe vital qui présente des phénomènes d'inhibition reçoit constamment deux courants de vibrations nerveuses de sens opposé, et, comme ces courants se neutralisent partiellement, la résultante agit dans le sens de l'activité fonctionnelle habituelle à ces organes. Les deux ondes nerveuses, bien que de sens contraire, sont de nature identique, car il n'y a aucune différence fondamentale de structure entre les nerfs qui transmettent l'inhibition et ceux qui transmettent l'accélération.

L'auteur, pour rendre sa pensée plus claire, prend le muscle pour exemple, et intercale un schéma qui montre l'effet de deux courants moléculaires agissant sur le muscle en sens opposé, et déterminant, suivant leur énergie respective, les états de tonicité, de contraction ou d'inhibition.

Les fonctions des organes non musculaires dépendent de la circulation du sang, laquelle dépend elle-même de l'action musculaire du système vasculaire, il paraît légitime de leur appliquer les mêmes règles qu'au muscle; et bien que certains expérimentateurs aient cru trouver des nerfs spéciaux d'inhibition agissant en dehors de toute influence vasculaire, il n'y a aucune difficulté à appliquer le principe des courants moléculaires aux cellules parenchymateuses.

L'inhibition est une manifestation tardive dans la série des transformations évolutionnelles de l'espèce. On ne sait pas exactement à quelle période de l'évolution de la vie organique elle fait se première apparition, mais c'est probablement au moment où le système nerveux se spécialise et se complète pour coordonner les fonctions vitales des autres organes. Elle est l'un des moyens par lesquels le système nerveux peut régler l'activité de chaque organe pour l'harmoniser avec l'activité des autres. Et ici l'auteur donne un exemple : supposons, dit-il, que par suite d'une stimulation accidentelle, le cœur batte avec une rapidité extrême, chassant ainsi plus de sang qu'il n'en faut pour l'action normale des organes vitaux : la mort surviendrait si, des organes ainsi congestionnés, ne partait une impulsion afférente vers le centre d'inhibition du cœur, et si ce centre, réfléchissant l'onde nerveuse dans le sens opposé à l'onde accélératrice du cœur, ne rétablissait l'équilibre normal. La loi de survivance des plus aptes assure l'établissement de cette corrélation de fonctions, en même temps qu'elle pourvoit aux modifications ultérieurement utiles. La vie n'est possible que s'il existe dans tout le corps une juste compensation entre les deux courants, légèrement rompue au profit du courant accélérateur.

R. DE MUSGRAVE-CLAY.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

XIe CONGRÈS DES ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES

DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

Le *XIe Congrès des médecins aliénistes et neurologistes* de France et des pays de langue française s'est ouvert le jeudi 1er août, à l'hôtel de ville de Limoges, mis gracieusement à la disposition du Congrès par M. LABUSSIÈRE, maire de Limoges, député de la Haute-Vienne. Une centaine de congressistes avaient répondu à l'appel du comité d'organisation; ils ont été reçus par la municipalité de Limoges, M. le Préfet de la Haute-Vienne, notre ami Edgard MONTEIL, les médecins de la Ville, et un grand nombre de personnalités de la magistrature et des grandes administrations. M. Labussière, maire de Limoges, assisté du président du Congrès, M. le Dr Gilbert Ballet, de M. le Dr Drouineau, représentant le ministre de l'Intérieur, et de M. le Dr Chénieux, directeur de l'École de Médecine de Limoges, a présidé la séance d'ouverture à 10 heures. C'est en ces termes que M. LABUSSIÈRE a souhaité la bienvenue aux congressistes :

Messieurs,

Aux termes du règlement de votre Association, les médecins aliénistes et neurologistes se réunissent chaque année dans une des villes de France, et un vieil usage veut que le maire de la localité où se tient la réunion préside la séance d'ouverture. Limoges ayant été désigné comme le siège du congrès de 1901, j'ai le très grand honneur de vous adresser nos compliments de bienvenue. Ces compliments soyez-en bien persuadés, ne sont pas banals.

Mon collègue de Marseille, le vôtre aussi, messieurs, en inaugurant le congrès de 1900, vous disait que votre ardeur à chercher la vérité était sans bornes, et, après avoir décrit les principales découvertes qui vous étaient dues, il saluait en vous « à la fois les

savants, les hommes de cœur dont les fonctions constituent un véritable sacerdoce, et qui honorent autant l'humanité par leur dévouement, leur abnégation, qu'ils honorent la science par l'éclat de leur savoir ou de leur enseignement. »

Je ne saurais mieux faire que de m'approprier les éloges qui vous étaient ainsi adressés, car je sais combien ils sont mérités.

. . . . . .

Messieurs, vous êtes des savants, et vous vous efforcez d'obtenir la guérison, mais vous devez faire davantage, et vos congrès doivent avoir un but plus large. Il est beau de combattre le fléau et de le vaincre ; il est encore mieux de l'empêcher de naître. Dans beaucoup de cas, on connaît aujourd'hui la cause de la maladie. C'est le surmenage, c'est l'abus de la vie facile, c'est l'alcool !...

. . . . . .

Tenez donc vos assises, messieurs. Dans vos délibérations, inspirez-vous des exemples laissés par les ancêtres, et que de vos discussions, jaillisse quelque découverte, quelque fait nouveau dont l'humanité aura à profiter. (*Applaudissements.*)

M. le Dr Chénieux, directeur de l'Ecole de Médecine, prononce le discours suivant :

Mon cher président,

Si la ville de Limoges s'applaudit de votre présence et est surtout flattée de voir l'un de ses distingués compatriotes nommé à la présidence de ces assises scientifiques, le corps médical de notre pays limousin, et en particulier celui de l'Ecole de médecine, qui vous compta parmi ses élèves, et que je représente ici, vous salue avec une légitime fierté, et j'ai l'honneur et le vif plaisir de vous apporter l'expression de ses sympathies et de ses cordiales félicitations, et de m'associer avec lui à l'hommage rendu à l'auteur des psychoses et affections nerveuses, de l'hygiène des neurasthéniques, du langage intérieur, de l'histoire swedenborgienne d'un visionnaire au XVIIIe siècle, etc., pour ne citer que vos titres essentiels à figurer parmi les neuro-pathologistes les plus éminents. Nous ne pouvons, du reste, que doublement nous féliciter d'un choix qui a probablement entraîné du même coup celui de Limoges comme lieu de réunion du XIe congrès des médecins aliénistes et neurologistes.

Mes chers collègues,

(Permettez-moi de vous appeler ainsi, en ma qualité de membre adhérent à votre congrès et pour rappeler le souvenir qui me rattache à beaucoup d'entre vous), mes chers collègues, vous êtes venus ici de tous les points de la France et des pays de langue

française, tous connus par d'importants travaux et porteurs de noms qu'il faudrait tous citer. C'est encore au nom de l'Ecole de médecine et du corps médical de cette région que je vous adresse collectivement les meilleurs souhaits de bienvenue.

Messieurs,

En dehors du sympathique directeur de notre grand établissement départemental d'aliénés, vous ne rencontrerez probablement parmi nous que peu de collaborateurs. Non pas que vos travaux nous laissent indifférents, ou que les sujets d'étude nous fassent défaut ; mais, à vrai dire, les uns et les autres rentrent de plus en plus, et à juste titre, dans le cadre des spécialisations, à mesure qu'une lumière plus vive, venue en partie du foyer de la Salpêtrière, éclaire de ses lueurs distinctes l'antique chaos de la pathologie nerveuse. Quand les notions étaient vagues et imprécises, le chapitre des maladies nerveuses était court et leur thérapeutique sommaire.

Sommaires étaient aussi l'étude de leurs causes et les déductions pratiques concernant leur prophylaxie. Ce sera l'honneur de votre génération, messieurs, que d'avoir tenté de ce côté un grand effort dont la société toute entière devra se montrer reconnaissante. Aujourd'hui, les cadres de la neuro-pathologie et des affections mentales sont mieux dessinés et mieux remplis.

Mais que de divisions et de subdivisions, depuis les affections des cordons nerveux et de l'axe médullaire, jusqu'à celles des centres psycho-moteurs : depuis les troubles de la sensibilité liés à d'évidentes altérations, jusqu'à ses perversions subjectives : depuis les manifestations émotives, paragnéiales peut-être, d'un dégénéré supérieur, jusqu'au délire aigu du maniaque, jusqu'aux hallucinations de l'impulsif et du persécuté. Chacun de vous, suivant ses tendances et ses goûts personnels, poursuit des recherches dans ces directions diverses, et il est bien difficile, au plus ardent, d'embrasser la vaste complexité de la pathologie nerveuse. A ne considérer que le département de jour en jour plus peuplé, hélas ! de l'aliénation mentale, indépendamment du riche domaine qui lui appartient en propre, n'exerce-t-il pas un certain protectorat, que dis-je, n'étend-il pas ses droits sur cette zone neutre, où évoluent une foule de candidats éventuels à la folie, et dont les limites indistinctes pour le public, ne peuvent être déterminées que par des spécialistes tels qu'il en existe parmi vous ? Rien que de ce côté quel immense champ d'observation ?

Messieurs, il serait téméraire, de la part d'un profane comme moi, de s'égarer plus longtemps sur ce terrain dangereux, si variable d'aspect, et qui pourrait me fournir un thème à longs développements.

Je ne veux songer qu'au but de vos réunions, de vos travaux, au but de ce congrès, et je ne puis m'empêcher de penser qu'en dehors des services rendus comme médecins à vos semblables, vous avez comme marque distinctive dans le corps médical, un rôle philosophique et social qui est, à mes yeux, votre plus beau titre de gloire. Si ce rôle, dans le passé, s'est affirmé dans de nombreuses et intéressantes publications, aujourd'hui, plus que jamais, vous vous préoccupez des conditions à remplir, des moyens à mettre en œuvre pour faire disparaître les causes qui mènent au naufrage de la raison. Qui pourrait nier votre rôle humanitaire et votre salutaire influence pour écarter du précipice, quand il en est temps encore, les esprits désemparés? En attendant, vous avez déjà fait de grandes choses et réalisé d'immenses progrès. Vous avez dissipé l'apparente magie de l'occultisme et éclairé les ténèbres où opéraient les esprits. Le monde du merveilleux et du supra naturel s'est, à votre approche, évanoui comme un vain fantôme. D'autre part, à mesure que le mobile de nos actes a paru relever clairement d'un déterminisme réfléchi ou d'une impulsion plus ou moins suggestive, se sont affirmées, en même temps avec vous et par vous, la responsabilité ou l'irresponsabilité humaine. Vous avez mis et continuerez de mettre dans leur vrai jour les figures mal éclairées de l'histoire. Laissez-moi exprimer ce vœu : celui de vous voir porter dans l'art et la littérature le flambeau lumineux qui doit les guider vers le beau et vers le bien.

« Les livres et les œuvres d'art, dit Max Nordau, exercent sur les masses une puissante suggestion. C'est en eux qu'une époque puise son idéal de morale et de beauté. » C'est aussi mon humble avis. L'alcool et certaines maladies spécifiques, le surmenage dans la lutte pour la vie, ne sont pas les seuls coupables. Il y a aussi le poison moral versé à flots par certains écrits. C'est à vous de montrer la tare de dégénérescence de ces œuvres malsaines et le déséquilibre d'esprit de ceux qui les produisent.

Vous seuls avez qualité pour les mettre à l'index au nom de la raison humaine, dont vous avez la garde et que vous devez défendre; la raison humaine qui nous conduira sans doute à une science de la vie, planant au-dessus des conventions et des dogmes éphémères et qu'il vous appartient, plus qu'à tous autres, de dégager des obscurités qui l'environnent pour le bonheur des humanités futures. (*Applaudissements.*)

Le président du Congrès, M. Gilbert-Ballet prononce alors le discours suivant :

Monsieur le Maire,

Je vous remercie, au nom du congrès, de vos souhaits gracieux

de bienvenue ; je remercie la ville de Limoges et sa municipalité du cordial accueil qui nous est fait ; je remercie le comité local d'organisation qui a préparé cet accueil et le conseil général de la Haute-Vienne qui s'y est généralement associé. Vous avez tenu à nous donner asile dans cet hôtel de ville somptueux dont vous avez de bonnes raisons d'être fiers : votre réception nous touche et votre hospitalité nous apparaît plus intime dans le cadre de votre « maison commune ». Lorsqu'il y a deux ans, dans la session de Marseille, le congrès s'est empressé d'accepter l'invitation qu'on voulait bien lui adresser au nom de Limoges, il savait qu'il serait bien ici. Limoges est accueillante à tous ceux qui, hommes ou collectivités, se présentent à elle sous la bannière du progrès. Qu'il s'agisse du progrès économique, artistique ou scientifique, peu importe ! Tous les progrès ne sont-ils pas solidaires les uns des autres ?

Le président du congrès se trouve, cette année, pour dire ce qu'il pense de la ville qui nous reçoit, dans une situation un peu délicate. On ne manquerait pas de sourire s'il disait de Limoges trop de bien et personne ne lui tiendrait rigueur s'il se risquait à en dire un peu de mal : ce ne serait pas de la médisance, ce serait de la modestie. Pourtant je n'en dirai point de mal. Et à ceux de nous qui, parcourant ce qui reste de vos vieilles rues, remarqueraient plutôt l'aspect misérable que le cachet pittoresque, je serais tenté de rappeler qu'elles sont les derniers témoins de votre ancienneté et que cette ancienneté est peut-être pour quelque chose dans l'accueil empressé que vous faites aujourd'hui à un congrès scientifique.

Si vous êtes ville neuve avec le merveilleux essor industriel d'une cité très moderne, vous êtes aussi ville antique avec une histoire et des traditions qui vous ont fait une longue habitude de jeter parfois des regards au-dessus des contingences immédiates de la vie quotidienne : tradition d'art qui remonte, dit-on, jusqu'à saint Eloi, au temps de Dagobert, et qui, agrandie et transmise par les illustres émailleurs du XVIe siècle, s'est perpétuée jusqu'à notre époque ; tradition littéraire, dans ce pays où l'on garde le souvenir des premiers troubadours et où le parler régional est encore imprégné des vestiges de la poétique langue d'oc... J'en pourrais citer d'autres. Vous les avez symbolisées dans les quatre figures que des artistes de talent ont peintes sur la céramique au fronton de cette maison : Jourdan, la tradition du patriotisme ; d'Aguessau et Vergniaud, celle de l'éloquence et du civisme ; Léonard Limosin, dont le nom évoque le souvenir de la plus brillante époque artistique en ce pays. Et ce ne sont pas vos seuls grands hommes.

Monsieur le Directeur de l'Ecole de médecine,

Au nom de l'Ecole de Limoges vous nous avez, vous aussi,

souhaité la bienvenue. A vous aussi et aux maîtres au nom desquels vous avez parlé, merci ! Nous voici en famille au milieu du corps médical d'élite qu'est celui de Limoges et dont vous avez été le porte-parole autorisé. Mon remerciement ne va pas sans une certaine émotion, dont vous m'excuserez de ne pas souligner les motifs qui m'imposent quelque discrétion. On ne m'en voudra pas, du moins, de rappeler que vous aussi vous êtes les continuateurs d'une tradition et qu'autour de vous plane le souvenir de Dupuytren, de Gay-Lussac et de Cruveilhier.

Mes chers collègues,

Le travail n'exclut ni la curiosité ni les distractions. A ce point de vue, le Limousin n'aura à vous offrir aucune des splendeurs auxquelles nos sessions précédentes vous ont accoutumés : vous ne trouverez ici, ni les séductions de la mer comme à La Rochelle et à Marseille, ni le spectacle attrayant d'un grand port ou d'un grand fleuve comme à Rouen, à Lyon et à Bordeaux, ni la montagne majestueuse et grandiose que Toulouse, à qui tout est possible, a trouvé moyen de vous montrer bien qu'elle soit ville de plaine; vous n'aurez ici ni ce bijou qui s'appelle la place Stanislas, ni le voisinage, comme à Clermont, d'une délicieuse ville d'eaux, ni les châteaux enchanteurs que Blois et Angers ont étalés à nos regards émerveillés, mais vous trouverez à Limoges, assez pour charmer vos yeux, si vous n'êtes pas insensibles aux séductions des arts décoratifs et de la céramique et, si un soleil trop ardent vous porte à regretter qu'il n'y ait pas sur les boulevards plus d'ombrage, vous serez dédommagés, je l'espère, dans nos excursions, par les charmes d'une nature douce et reposante. Vous trouverez dans ce coin du plateau central qui est le haut Limousin, des collines d'où le regard s'étend agréablement au loin, des vallées fraîches et vertes où vous serez à l'aise et dont la prétention sera moins de provoquer chez vous l'admiration que le désir, en les quittant, de venir les revoir.

Notre Congrès inaugure aujourd'hui sa XIe session. Son passé est assez ancien pour que nous soyons, dès maintenant, en droit, de nous demander s'il a répondu aux espérances qu'avaient conçues ceux qui ont eu la pensée de l'instituer. Il ne me semble pas que la réponse puisse être douteuse. A ceux qu'un scepticisme facile porte à nier l'utilité des congrès, il suffirait, pour montrer les avantages et le rôle du nôtre, de présenter les volumes de nos comptes rendus : je ne crois pas que parmi les réunions analogues, françaises ou étrangères, il s'en trouve de plus active ni de plus vivace.

Il n'en pouvait être autrement. Ce Congrès répond, en effet, à un besoin très réel en donnant à ceux qui, dans les pays de langue

française, s'intéressent à l'une des branches de la médecine qui ont le plus progressé à notre époque, le moyen de se réunir périodiquement pour échanger leurs idées sur les questions à l'ordre du jour ; il donne en outre satisfaction à une très heureuse tendance de l'heure présente : la tendance à la décentralisation. S'il m'est permis d'émettre un regret, c'est que quelques-uns de ceux pour qui il semble avoir été plus spécialement organisé n'en soient pas toujours des membres assidus. A ces tirailleurs isolés on a voulu fournir le moyen de rallier de temps en temps le gros de la troupe ; s'il en est qui semblent ne pas se le rappeler assez, j'aime à croire qu'on ne sera pas en droit de leur appliquer les paroles du Koran : « Sourds, muets, aveugles, ils ne se convertiront pas. » Je préfère espérer, suivant la promesse de l'Evangile, que les aveugles verront, que les sourds entendront nos appels, que les muets se décideront à parler.

Parmi les avantages de ce congrès, il en est un sur lequel, après plusieurs de mes prédécesseurs, il me semble bon de m'arrêter. Grâce à l'heureuse initiative prise à La Rochelle, notre réunion est la première où les aliénistes et les neurologistes français se soient habitués à fusionner. Elle a ainsi consacré dans la pratique une alliance qu'on était surpris de ne pas voir plus intime, que la logique commandait, et dont la section de neurologie du congrès international de médecine de 1900 a proclamé la légitimité, par un vote qui marque une date, la date d'une évolution. Plusieurs fois, vous avez tenu vous-mêmes à affirmer, par le choix de vos présidents, la nécessité de cette union, et ce souvenir me rend moins embarrassé pour démêler les motifs qui m'ont valu l'honneur, dont j'ai été profondément touché, d'être appelé aujourd'hui à diriger vos discussions.

On a médit, et non toujours sans raison, de la spécialisation ; que n'aurait-on pas le droit de dire de la spécialisation dans la spécialité ? Elle est légitime, dans une certaine mesure, car elle facilite les études minutieuses qui rendent possible la récolte des faits, mais n'oublions pas, comme l'a dit justement Renan, que « que les spécialités n'ont de sens qu'en vue des généralités ».

Messieurs, c'est avec une profonde satisfaction qu'au début de ce nouveau siècle, les aliénistes et les neurologistes réunis peuvent jeter un regard en arrière et mesurer l'étendue des progrès réalisés au siècle dernier, par la pathologie du système nerveux. Le bilan de ces progrès a été dressé trop magistralement l'an passé, au Congrès international, par les présidents des sections de neurologie et de psychiatrie, pour que je me hasarde à vous le présenter de nouveau. Laissez-moi du moins vous rappeler que, parmi les causes du mouvement remarquable qui a si largement accru le champ de nos connaissances, et auquel notre pays a pris, avec les noms que vous savez, une part incontestablement prépon-

dérante, il en est deux dont l'influence semble avoir été dominante : plus de rigueur dans la méthode, plus de précision et de délicatesse dans la technique. La technique c'est l'outil, la méthode c'est l'ensemble des règles qui nous guident dans le maniement de cet outil.

Plus que toute autre, la pathologie mentale a eu à pâtir, dans son développement, des vices de méthodes, qui étaient à la fois des vices de doctrine. Est-il surprenant que l'étude des maladies de « l'esprit » se soit ressentie des idées qu'une métaphysique conventionnelle avait répandues sur la nature de « l'esprit »? Comme l'a dit Bacon, nous ne recevons pas avec sincérité la la lumière des choses, nous nous faisons une science à notre goût, « car la vérité que l'homme reçoit la plus volontiers c'est celle qu'il dés're ». Et longtemps, il faut bien le dire, l'homme semble avoir désiré ne pas voir clair. Considérer les fonctions intellectuelles comme aussi étroitement dépendantes de leur organe que le sont celles du cœur ou du foie, n'était-ce pas les ravaler? N'y voir que le résultat du perfectionnement continu et de l'évolution progressive d'aptitudes organiques qui existent déjà à l'état élémentatre chez l'actinie et le lombric, n'était-ce pas se laisser aveugler par une étroite conception matérialiste des plus nobles facultés? Or si l'intelligence était autre chose qu'une fonction organique vulgaire, ses maladies ne pouvaient être des maladies comme les autres. On sait à quelles pratiques conduisit ce parti pris à peu près général d'ennoblir l'esprit et ses affections : à sanctifier les aliénés d'abord, à les brûler ensuite, plus près de nous à les traiter comme de simples malfaiteurs. Ces tristes temps ne sont plus. L'observation clinique, mieux disciplinée et plus complètement soustraite aux « préjugés chéris » dont parle l'auteur du *Novum organum*, plus tard la méthode anatomo-clinique ont ramené pour toujours dans la voie qu'avaient entrevue quelques précurseurs de génie, la pathologie du cerveau. Proclamons comme une des grandes conquêtes réalisées pas à pas au dernier siècle, l'émancipation définitive des études qui concernent « l'esprit », ses fonctions et ses maladies. Elles n'ont plus rien de commun avec la métaphysique.

Ce travail graduel d'émancipation a été puissamment secondé par les progrès de la technique. Si nos prédécesseurs et nos contemporains ont vu plus de choses que nos aînés, ce n'est pas seulement parce qu'ils ont su mieux gouverner leur intelligence, c'est parce qu'ils ont été mieux outillés pour voir. Le jour où Hannover, il y a de cela soixante ans, eut l'idée de placer dans une solution d'acide chromique un fragment de tissu nerveux afin de le durcir et d'y pouvoir pratiquer des coupes fines, il a fait plus pour la pathologie du cerveau et de la moelle que n'eussent pu faire le génie philosophique et les plus ingénieuses spéculations d'un Platon, d'un Descartes ou d'un Leibnitz.

N'avons-nous pas vu dans ces derniers temps les résultats nouveaux et vraiment remarquables qu'ont donnés les études histologiques, grâce à la découverte d'apparence bien modeste qui nous a montré que les cellules d'un fragment de tissu nerveux, durci dans l'alcool à 96 degrés, se colorent d'une façon particulièrement délicate par couleurs d'aniline ? Reconnaissons tout ce que nous devons à ces perfectionnements de la technique, j'entends aussi bien la technique clinique et expérimentale que la technique histologique. Ils sont eux aussi l'une des caractéristiques de la seconde moitié du dernier siècle ; ils ont contribué à démontrer la vérité de ce qu'avait dit Claude Bernard, que « dans les sciences expérimentales en évolution, et particulièrement dans celles qui sont aussi complexes que la biologie, la découverte d'un nouvel instrument d'observation ou d'expérimentation rend beaucoup plus de services que beaucoup de dissertations systématiques ou philosophiques ». Mais laissons là le passé et permettez-moi en ce premier congrès du siècle, de jeter un coup d'œil, peut-être un peu téméraire, sur l'avenir.

Certes, chercher à prédire la voie où s'engagera demain la science, est plutôt un passe-temps de chroniqueur qu'une préoccupation de savant : les évènements et l'histoire qui les relate se chargent de nous montrer la puérilité et l'impuissance de ces tentatives divinatoires. Au moins peut-on s'aventurer à prévoir les résultats des tendances et des efforts qui d'ores et déjà s'affirment. Si je ne m'abuse, la tâche du siècle où nous entrons, sera l'utilisation pratique des notions que nos devancier et nos contemporains ont recueillies depuis moins de cent ans, et dont beaucoup, il faut bien le dire, sont jusqu'à présent restées stériles en applications.

Certes, je ne veux point dire que le système nerveux nous ait déjà livré tout ses secrets. N'y a-t-il pas dans l'écorce du cerveau des territoires entiers dont nous ignorons encore les fonctions.

Et sommes-nous complètement éclairés sur les connexions et le rôle des ganglions centraux et de toutes les parties du mésencéphale? Savons-nous seulement par quel mécanisme intime le courant centripète se transforme dans les neurônes en courant centrifuge, et n'est-ce pas là pourtant le phénomène le plus élémentaire, par conséquent le plus général, de la physiologie du système nerveux? Si nous connaissons, grâce aux efforts réunis de l'expérimentation et de la clinique, la part que prennent les intoxications et les infections dans la genèse de la plupart des myélites, de beaucoup de délires ou d'états de confusion mentale, n'ignorons-nous pas encore quelle est, par exemple, la cause de la sclérose en plaques? Et si nous sommes fixés sur le rôle capital que jouent en pathologie nerveuse l'hérédité et la prédisposition, avons-nous dégagé avec une suffisante précision les lois de la première, et sommes-nous arrivés à déterminer la nature de la

seconde? Sur ce dernier point, il ne me semble pas que nous ayons le droit de nous tenir pour satisfaits du peu que nous savons. Se borner à opposer la prédisposition, cette explication complaisante, à l'infection et à l'intoxication, c'est-à-dire la cause originelle aux causes accidentelles des affections du névraxe, c'est, ce me semble, se laisser prendre au mirage d'un contraste plus apparent que réel. Cette prédisposition qui rend compte de tant de troubles, n'est-elle pas elle-même, le plus souvent, comme le montrent la clinique et l'expérimentation, le résultat d'une intoxication ou d'une infection, quelquefois chez le sujet qui la présente, plus fréquemment chez ses ascendants? En tous cas, à la notion empirique que nous en avons, ne se substituera une notion véritablement scientifique, que le jour où nous serons arrivés à préciser les conditions, ou morphologiques ou histo-chimiques, et peut-être à la fois histo-chimiques et morphologiques qui la constituent.

Aux efforts des travailleurs le fonds n'est pas près de manquer, et le champ reste large pour ceux dont la principale préoccupation est la recherche de la vérité pour la vérité. Ce n'est pas ici qu'il est nécessaire de montrer qu'il n'y a pas de découverte inutile. Les esprits superficiels ont pu douter qu'il fit œuvre pratique l'observateur génial qu'on vit, il y a quelque cinquante ans, parcourant les hôpitaux, sa boîte électrique à la main, et fixant les caractères symptomatiques d'une affection, en présence de laquelle notre impuissance thérapeutique devait apparaître d'autant plus éclatante que sa phénoménologie allait devenir mieux connue. Et quelle utilité pouvait-il y avoir à ce que des anatomo-pathologistes de talent vinssent préciser avec minutie la nature et le siège de lésions que nous sommes restés incapables d'arrêter dans leur évolution progressive? N'avaient-ils pas fait œuvre vaine, eux aussi, ceux qui, à Charenton, s'étaient attachés à mettre en relief les symptômes d'une lésion nouvelle du cerveau, sur laquelle pendant cinquante ans les histologistes, à l'horizon circonscrit et borné, allaient s'user les yeux et dépenser des trésors de patience et de labeur pour découvrir, plaisante préoccupation, si l'altération débute par la névroglie, par les cellules ou par les vaisseaux? A quoi bon tant d'efforts que devait couronner un échec thérapeutique si lamentable et si humiliant?

Mais voici que bientôt ces efforts de curieux, presque de dilettantes, vont avoir un résultat inattendu. La connaissance des symptômes et des lésions va conduire à celle des causes; ici encore une infection se révèle, comme l'élément étiologique, unique et spécifique, aux dires des uns, prépondérant en tout cas, au dire de tous. Et dès lors, le tabes et la paralysie générale vont nous apparaître, sinon comme des affections curables, au moins comme des affections évitables. Evitable le tabes! qui encombre les consultations et les services spéciaux de nos hôpitaux! Evitable la para-

lysie générale qui contribue si puissamment à peupler les asiles, surtout les asiles urbains! Evitables ces deux fléaux qui anéantissent tant de valeurs intellectuelles en pleine production! N'oublions pas que la ligue qui vient de se former, sous de puissants patronages, pour rechercher les moyens d'empêcher la propagation de l'infection, n'aurait pas eu l'occasion de se constituer si, dans une salle d'hôpital ou d'asile, ou au fond d'un laboratoire, des chercheurs désintéressés ne s'étaient appliqués à regarder avec le seul souci de voir ce que Chevreul appelait la vérité vraie. Souhaitons à la ligue dont je viens de parler longue vie et efficace activité. Elle s'inspire des tendances qui marquent l'aurore du nouveau siècle. Si l'on pouvait espérer qu'elle aboutît, la pathologie du système nerveux, s'en trouverait du coup décapitée.

Une autre ligue est déjà à l'œuvre. Les aliénistes en ont été les promoteurs, ou moins, les promoteurs les plus actifs, et déjà ils voient s'associer à leurs efforts de nombreuses bonnes volontés. Des divers points de l'horizon accourent, pour prendre part à la campagne, de nouvelles recrues. Si les savants ont poussé les premiers le cri d'alarme, ceux que le danger menace le plus ne sont pas loin de l'entendre et de l'écouter.

Parler dans un congrès de médecine mentale du péril alcoolique, c'est s'exposer au reproche de rééditer un lieu commun. Lieu commun, soit, mais notre devoir n'est-il pas, suivant un mot connu, de redire toujours la même chose? Jusqu'à ce que Carthage ait été détruite, nous ferons entendre nos protestations et nos plaintes. Certes, les causes de dégénérescence et d'abatardissement qui guettent notre pauvre espèce sont nombreuses; mais il en est qui, semblables aux lichens et aux mousses, s'attaquent aux éléments vieillis et à demi usés.

La goutte, le diabète et toutes les affections de même famille, dont on a pu dire avec raison qu'elles étaient la rançon de la supériorité sociale, jouent leur rôle — j'allais dire ont leur utilité — dans ce mouvement d'évolution continu en vertu duquel les couches supérieures se renouvellent sans cesse, empruntant aux couches sous-jacentes les éléments de leur perpétuelle rénovation. Mais que dire de l'alcoolisme qui sévit aux sources de rajeunissement de notre espèce, qui mine et vicie nos réserves! Ce n'est pas ici qu'il serait utile de rappeler qu'il est un des plus redoutables parmi les fléaux dont l'Europe a eu à pâtir. De divers côtés, on paraît aujourd'hui le comprendre. Je ne crois pas que la ligne de ceux qui pensent avoir intérêt à maintenir et à propager le mal soit longtemps la plus forte, et j'entrevois le moment où les pouvoirs de l'Etat pourront protéger l'intérêt public sans avoir besoin de déployer d'héroïsme contre ce qu'on appelle l'opinion publique. C'est le cas de rappeler le mot de Gœthe : « On ne meurt que quand on le veut bien. » Persévérons dans nos efforts pour ne pas

mourir et continuons à faire contre l'alcoolisme la campagne que, d'autre part et par des moyens appropriés on mène si ardemment contre la tuberculose.

Ne nous le dissimulons pas : contre les lésions constituées, qu'elles soient congénitales ou acquises, nous pouvons peu de chose; d'habitude en atténuer tout au plus les conséquences et en pallier les fâcheux effets. Si notre thérapeutique est défectueuse, orientons-nous le plus possible vers la prophylaxie. La prophylaxie d'une affection suppose la connaissance des conditions de sa genèse; n'a-t-on pas dit que « connaître véritablement, c'est connaître par les causes » ?

Mais les recherches dont nous avons été presque les témoins ne nous ont-elles pas révélé l'influence d'un grand nombre de ces dernières? Il en est ainsi du moins de celle qu'on a appelée la cause des causes. Je ne pense pas que les nations modernes veulent imiter Sparte; et ce n'est pas aux pouvoirs publics que nous avons à demander les moyens directs, de prévenir l'influence néfaste de l'hérédité défectueuse. Ne nous berçons pas, d'ailleurs, de l'illusion de la voir disparaître. Mais n'avons-nous pas le droit d'espérer que la vulgarisation du péril et les conseils privés puissent, en ce qui la concerne, avoir de sensibles résultats? Ne perdons pas de vue, en tout cas, que ces conseils ne peuvent avoir d'autorité qu'à la condition de s'inspirer des notions précises et bien établies.

Pour avoir chance de prévenir le danger là où il est, sachons éviter avec résolution de le signaler là où il n'est pas. N'oublions pas qu'il y a des affections du système nerveux accidentelles et que rien ne prouve qu'elles entachent le produit de la conception quand elles succèdent à celle-ci. N'est-il pas à la fois périlleux et téméraire, par exemple, de jeter l'anathème en bloc, un anathème que, personnellement, je crois injustifié, sur les descendants d'ataxiques, de paralytiques généraux, d'hémiplégiques par lésions circonscrites?

Je n'ignore pas qu'en intervenant pour entraver les effets fâcheux de l'hérédité pathologique, nous semblons seconder les tendances de la nature qui sacrifie résolument les intérêts de l'individu à ceux de l'espèce, et que le rôle de la civilisation est, au contraire, de défendre l'individu contre les conséquences terribles pour le faible du *struggle for life*. Mais notre sollicitude pour l'infirmité ne peut pas aller jusqu'à l'aider à se reproduire et à se perpétuer.

Messieurs, si les réflexions que je me suis permis de vous soumettre sont exactes, on est en droit de dire que la tendance du siècle qui s'ouvre sera d'envisager, comme le conseille Maudsley, la pathologie du système nerveux, en particulier la pathologie mentale, au point de vue social. Pour ma part, je vois son rôle

grandissant, je la vois achevant d'expliquer des phénomènes psychologiques qu'une éducation insuffisante, et dès longtemps viciée par les conceptions de l'ontologie, nous avait fait envisager d'un point de vue inexact; je vois, à côté de la psychologie des foules, qui est en train de se constituer, se dégager déjà une pathologie dont les gouvernants devront faire leur profit, de cet être complexe qui est autre chose qu'un agglomérat d'unités, qui a son individualité propre, ses émotions particulières, ses réactions spéciales, ses obsessions bien à lui et ses impulsions vraiment morbides, j'entrevois les résultats nouveaux de cette science mieux établie, ou au moins d'une application mieux réglée, qui s'appelle la statistique, nous montrant avec plus de précision la transformation et les évolutions de la pathologie.

Ces types que nous voyons aujourd'hui sont-ils ceux qui existaient aux siècles passés? Je n'en suis pas certain : sans doute, si nous reconnaissons des scléroses spinales, des encéphalites diffuses que ne diagnostiquaient pas nos aînés, c'est parce que nous avons appris à les voir. Mais n'est-ce pas aussi parce qu'elles ont augmenté de fréquence et peut-être changé de physionomie et d'allures?

J'entrevois enfin (que les magistrats qui nous font l'honneur d'assister à cette séance excusent cette hardiesse), j'entrevois la pathologie mentale contribuant, de concert avec l'anthropologie criminelle, à modifier d'une façon radicale les assises de notre droit pénal : je vois la notion de nocuité se substituer à celle de culpabilité, et la Société, renonçant à punir, ne se préoccupant plus que de se défendre.

Notre pays prendra-t-il à cette œuvre la part prépondérante qui a été la sienne au siècle dernier? Souhaitons-le, sans oublier que le mouvement créé par les grands initiateurs qui s'appellent Pinel, Esquirol, Morel, Duchenne, Charcot, s'est propagé partout et que la neuro-pathologie ne peut pas plus rester une science française que la microbiologie de Pasteur. Ne nous en plaignons pas d'ailleurs : plus les efforts seront nombreux, plus riche sera la moisson et la moisson aujourd'hui profite à tous, car le rêve de Leibniz est réalisé : « Les savants sont unis à travers le monde. »

Tâchons, en tout cas, de contribuer avec honneur à la tâche commune. Apportons-y, si possible, les qualités et les dispositions d'esprit qui ont fait, sinon toujours notre force matérielle, au moins notre prestige. Sachons rester fidèles aux destinées que l'histoire nous a faites : que le légitime souci de notre prééminence ne nous porte jamais à négliger celui du progrès général. Ne perdons pas de vue que, si l'on peut être un peuple puissant quand on conquiert des territoires et quand on couvre le monde des produits de son industrie et de son négoce, on n'est vraiment un grand peuple qu'autant qu'on contribue à activer la marche du

monde moral dans la voie de sa continuelle évolution. (*Applaudissements répétés.*)

M. Drouineau, représentant le Ministre de l'Intérieur, s'exprime en ces termes :

Messieurs,

J'ai reçu de M. le président du conseil, l'agréable mission de le représenter au XIe congrès des médecins aliénistes et je ne saurais vous cacher que je suis personnellement heureux du choix que M. le Ministre a bien voulu faire en cette circonstance puisque je me retrouve en pays de connaissance, au milieu de confrères et amis et sur la bienveillance desquels je puis compter.

Mais, messieurs, votre œuvre ne m'intéresse pas seul; je vous donne l'assurance que cette sympathie est partagée par les hauts fonctionnaires de l'assistance publique : je puis vous en fournir la preuve. A mon retour du congrès de Marseille, je fis part à M. Monod, directeur de l'assistance publique, du désir que plusieurs d'entre vous m'avaient manifésté afin d'assurer, pensaient-ils, d'une façon définitive et certaine l'avenir financier de vos congrès; la science a quelquefois besoin d'argent. Il s'agissait d'inviter les asiles à participer effectivement à votre œuvre en s'inscrivant personnellement parmi vos souscripteurs; M. le directeur s'y est prêté de la meilleure grâce, connaissant la valeur de vos travaux, l'importance de vos réunions, et appréciant, comme moi, l'intérêt réel, considérable qu'il y aurait pour tous les asiles à posséder, dans la bibliothèque de chacun d'eux, l'ensemble de ces documents, non seulement en vue du présent et de nos jeunes collaborateurs, mais surtout en raison de l'avenir et des travailleurs futurs.

Votre œuvre, après l'épreuve concluante du passé, ne saurait maintenant s'amoindrir ni disparaître, elle ne peut que grandir et prospérer et par suite, toutes ces monographies si étudiées, toutes ces discussions si intéressantes, si fructueuses, constitueront un faisceau de documents scientifiques et administratifs où tous les médecins aliénistes, quelle que soit leur propre érudition, seront certainement heureux de puiser. Je ne sais si cet appel a été entendu et si l'invitation a été suivie d'effet, M. le secrétaire général nous le dira; mais le but n'est pas encore tout à fait atteint, nous insisterons à nouveau, bien persuadés, qu'en face du résultat à obtenir, il ne saurait y avoir de la part de l'administration des asiles de résistance irréductible. Enfin, messieurs, j'ajoute que dans l'état actuel de la psychiatrie, en présence des travaux étrangers, de l'évolution des esprits en ce qui touche les aliénés, leur traitement, la façon de comprendre les asiles et les appro-

priations spéciales qu'ils comportent, il nous faut suivre avec plus de soins scrupuleux que jamais vos travaux, connaître vos vœux, vos résolutions, car c'est sur eux que nous pensons asseoir notre jugement et dégager l'intervention administrative, quand elle est sollicitée ou nécessaire, de toute incertitude et l'absoudre de tout reproche; c'est vous dire, messieurs, quelle attention je veux apporter à vos réunions, quel parti fructueux j'ai mission d'en retirer. (*Applaudissements*).

A la fin de cette première séance, il a été procédé aux nominations suivantes :

Présidents d'honneur : M. le Président du Conseil, ministre de l'intérieur; M. Monod, directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques; M. le Préfet de la Haute-Vienne; M. Labussière, maire de Limoges; M. le Dr Théophile Raymond, conseiller général de Limoges; M. le Dr Drouineau, délégué du Ministre de l'Intérieur; M. le Dr Raymondaud, père, directeur honoraire de l'Ecole de médecine; M. le Dr Chénieux, directeur de l'Ecole de médecine; M. le professeur Bouchard; M. le Dr Bourneville, médecin de Bicêtre; M. le professeur Brissaud; M. le professeur Grasset; M. le professeur Joffroy; M. le professeur Mendelssohn, de Saint-Pétersbourg; M. le Dr Motet, membre de l'Académie de médecine; M. le professeur Pitres; M. le professeur Raymond.

Vice-présidents : M. le Dr Boubila, médecin de l'asile de Marseille; M. le Dr Lannois, professeur agrégé à la Faculté de Lyon.

Secrétaires : MM. Laignel-Lavastine, interne des hôpitaux de Paris; Dr Lelong, ancien interne des asiles de la Seine; Dr Marchand, interne à l'asile de Villejuif; Dr Parant fils, interne des asiles de la Seine.

Commission des questions pour 1902 *:* MM. Briand, Brissaud, Parant père, Pitres, Vallon, les présidents du Congrès de 1901 et de 1902.

A 11 heures, la séance est levée.

Séance du jeudi 1er *août* 1901 (soir). — PRÉSIDENCE DE M. E. BRISSAUD.

Du délire aigu au point de vue clinique, anatomo-pathologique et bactériologique. — Rapport par M. A. CARRIER *avec la collaboration de* MM. G. CARRIER *et* E. MARTIN.

La commission du Congrès a été bien inspirée en mettant à l'ordre du jour cette question si complexe du délire aigu. M. A. Carrier a su réunir en un faisceau compact et avec la plus grande clarté les différents éléments épars dans la science. L'anatomie

pathologique, la bactériologie de cette affection viennent corroborer d'une façon très nette l'assertion que les faits cliniques ont fait émettre au rapporteur : que le délire aigu est un syndrome de nature toxi-infectieuse. Son histoire est une des plus confuses de la pathologie mentale. Avant 1881, les opinions sur la nature de cette affection furent les plus diverses. Pour Calmeil, Foville, c'était une inflammation aiguë du cerveau : pour Thulié, de l'anémie cérébrale; pour Lucas, Marie, Lunier, Dagonet, la forme la plus grave de l'exaltation maniaque; Baillarger rattachait le délire aigu à la manie vésanique, à la manie congestive, à la paralysie générale. Brierre de Boismont le séparait de l'aliénation mentale et de l'encéphalite, et en faisait une entité mordide.

En 1881, la thèse de Briand ouvre une ère nouvelle dans l'histoire du délire aigu. S'appuyant sur l'aspect clinique de cette affection et sur des recherches anatomiques qui lui permirent d'isoler des micro organismes, cet auteur rapprocha le délire aigu des affections microbiennes ou toxi-infectieuses. Depuis cette époque, les travaux publiés sur cette affection établissent que l'on doit considérer sa nature infectieuse comme confirmée. Krafft-Ebing, en 1888, place le délire aigu dans les maladies avec lésions à côté des intoxications. Kraepelin, en 1889, le place à côté du délire toxique et fébrile, et en 1898 dans les états toxi-infectieux. D'autre part, les travaux récents en pathologie mentale établissent l'existence de troubles mentaux particuliers accompagnant les infections et les intoxications. Ces troubles sont constitués par la *confusion mentale* décrite d'abord par Delasiauve, puis par Chaslin, Séglas, Régis. Ces données ont précisé la conception que l'on se faisait du délire aigu et permettent de l'envisager comme un syndrome dû à des phénomènes toxi-infectieux.

Clinique. — *Tableau clinique.* — Le délire aigu peut être primitif, il se manifeste alors spontanément, ou secondaire à une psychose préexistante. Il ne se développe jamais que chez des sujets dont le système nerveux a été affaibli soit héréditairement, soit par suite de maladies antérieures.

Période prodromique. — Cette période est plus ou moins longue. Elle s'accompagne de céphalalgie, d'inappétence, de constipation, d'embarras gastrique, d'amaigrissement et d'un malaise général indéfinissable. Le sommeil est troublé par des rêves terribles, des cauchemars effrayants, une agitation inaccoutumée; souvent, l'insomnie est absolue. Pendant la veille, les sujets ont déjà des hallucinations terrifiantes; ils éprouvent une irritation croissante, une inquiétude continuelle, un besoin incessant de changer de place, quelquefois ils se plaignent d'une angoisse violente.

Période d'état. — Cette période se compose de deux phases de lique aiguë. Lasègue en a fixé le caractère en l'appelant un délire de rêve, Régis un délire onirique. On peut expliquer cette forme

de délire et l'excitation qui l'accompagne par l'action directe d'un agent infectieux sur les éléments nerveux qui réagissent en exagérant leur fonction jusqu'à l'épuisement terminal. Les *hallucinations*, les *illusions*, l'*hyperesthésie sensorielle* et l'*agitation motrice* peuvent s'expliquer par l'action d'un poison qui vient troubler le fonctionnement cellulaire et dont le degré d'activité mesure l'intensité des réactions fonctionnelles qui en résultent. La *fièvre* est constante et offre le type rémittent. Elle a le caractère des fièvres toxi-infectieuses; elle peut être le résultat soit de l'action directe de l'agent pathogène ou de ses toxines, dont la virulence mesure son intensité, soit des modifications apportées dans l'élaboration des sécrétions internes. L'*accélération du pouls*, véritable tachycardie, serait due aux altérations plus ou moins profondes du pneumogastrique et des centres bulbaires. Comme dans les maladies infectieuses, il y a des modifications de la *pression artérielle*, dues à l'action de l'agent toxique sur les vaisseaux. La *sitiophobie* est un symptôme très important d'après le rapporteur, et qui ne manque presque jamais. Il serait dû, d'après lui, à l'état défectueux des voies digestives supérieures, presque toujours observé. On peut ajouter à cela, d'après Schüle et Krafft-Ebing, l'hyperexcitabilité musculaire dans la première période, la paralysie toxique du pharynx et du voile du palais dans la seconde période. La *constipation* est habituelle. Elle peut être considérée, comme dans les états infectieux et toxiques, comme une conséquence de l'infection, et vient ajouter un élément nouveau à l'intoxication préexistante. Il en est de même de l'*insuffisance hépatique* et surtout de l'*insuffisance rénale* qui peut aller jusqu'à l'anurie. Ce qui confirme cette manière de voir, c'est la débâcle urinaire avec hypertoxicité que l'on observe dans les cas de guérison et qui coïncide avec l'atténuation des symptômes morbides. La constipation, l'insuffisance hépatique et l'insuffisance rénale expliquent les phénomènes de dénutrition rapide qui vont jusqu'au dernier degré *de l'épuisement* et de la consomption.

Le *diagnostic* du délire aigu, en général facile grâce à sa physionomie caractéristique, doit être fait cependant avec deux états : dans l'ordre psychique, avec les états maniaques aigus; dans l'ordre somatique, avec les états typhoïdes. Le delirium tremens est un délire aigu d'origine alcoolique.

Anatomie-pathologique. — *Système nerveux*. — L'hyperémie des *méninges* que l'on constate à l'ouverture de la boîte crânienne avait fait penser à Calmeil et Foville à une périencéphalite. Briand n'y ajoute pas une telle importance et l'on sait aujourd'hui que ce n'est qu'une lésion réactionnelle banale. Les auteurs allemands, et Schüle en particulier, attachent une grande importance à la stase de la circulation cérébrale amenant l'œdème et la congestion active du cerveau. Se basant sur cette manière de voir, Schüle

décrit trois formes du délire aigu suivant qu'il y a œdème, congestion ou anémie du cerveau. Tous les observateurs après Calmeil ont retrouvé et décrit la teinte hortensia de certains points de la substance grise dans différentes régions des hémisphères cérébraux. Les *noyaux centraux* peuvent être frappés de la même durée inégale : l'une d'excitation, l'autre de collapsus.

1° *Phase d'excitation.* — Le début en est rapide ; un jour à peine suffit pour qu'elle atteigne son apogée. Les sujets présentent l'aspect du type maniaque avec phénomènes de dépression par intervalles. Leur physionomie exprime des sentiments divers suivant la nature des *hallucinations;* les hallucinations de la vue dominent très sensiblement. Ils montrent *une hypéresthésie sensorielle* très accentuée intéressant tous les sens.

Le *trouble mental* consiste en un délire général dont l'incohérence est absolue. C'est un verbiage désordonné, une sorte de rêvasserie dont les sensations indécises externes ou internes et les hallucinations font les principaux frais. Les malades expriment leur pensée comme *dans un rêve;* ils n'articulent parfois que des syllabes qu'ils répètent sans cesse en les assemblant par assonnance. Leurs cris, leurs vociférations altèrent le timbre de leur voix, qui devient rauque, enrouée, nasillarde ; par moments, ils paraissent tomber en stupeur. Des symptômes somatiques importants se montrent dès le début de la période d'excitation ; les plus constants sont la *sitiophobie* et la *fièvre*. L'embarras gastrique s'accentue rapidement, les malades maigrissent à vue d'œil, leur bouche se sèche, les dents et les lèvres se couvrent de fuliginosités, ce qui donne à l'aspect général celui des états typhoïdes. Ils refusent toute ingestion de solides ou de liquides.

La *fièvre* est un symptôme qui ne manque jamais; elle est irrégulière et oscille entre 38°, 39° et 40°. On constate en outre de la *dyspnée* et surtout une *accélération extrême du pouls* (120 à 160). Les *urines* sont rares, souvent albumineuses; on peut constater de l'anurie. La *constipation* est habituelle.

2° *Période de collapsus.* — Au bout de huit à dix jours, si les phénomènes morbides ne s'atténuent pas, le collapsus succède à l'excitation. Le délire et l'agitation cessent; les malades tombent dans la stupeur ; les *troubles trophiques* apparaissent avec des soubresauts de tendons, de la carphologie, enfin de la diarrhée. Le pouls devient misérable, la température monte à 41° et les malades meurent dans le coma. Il est très rare que cette période dépasse deux jours, le plus souvent elle ne dure qu'un jour, parfois même quelques heures. Cette terminaison est presque la règle; cependant il peut y avoir guérison. La rémission commence alors vers le cinquième ou sixième jour, quelquefois plus, de la période d'excitation. La terminaison peut se faire par la guérison complète ou le délire aigu n'est que le prélude de l'invasion d'une vésanie.

D'après le tableau clinique, M. Carrier reconnaît *deux formes* au délire aigu : l'une relativement bénigne et curable, rare (deux observations à l'appui); l'autre très grave et presque toujours mortelle. D'après l'aspect clinique, le délire aigu est une maladie générale, dans laquelle le délire, s'il en est le symptôme le plus bruyant, n'est cependant pas celui auquel la maladie doive particulièrement sa gravité.

Séméiologie. — Le *délire* offre le type maniaque ; ses caractères saillants sont la confusion, les hallucinations, la perte de conscience. C'est la confusion mentale hallucinatoire de Delasiauve, Chaslin, Séglas, Régis, que l'on retrouve dans l'intoxication alcoo-hyperhémie. Ces lésions sont les seules décrites avec précision jusqu'aux recherches de Cristiani en 1898. Cet auteur a examiné dans trois cas de délire aigu l'écorce cérébrale des lobes préfrontaux, des circonvulutions centrales, l'écorce cérébelleuse, le corps dentelé, le bulbe, la moelle spinale, les racines antérieures et postérieures, le nerf moteur oculaire commun, le grand hypoglosse, le sciatique et le médian. Pour les cellules, il a employé les méthodes de Nissl et de Golgi; pour les fibres, les méthodes de Weigert et de Weigert-Pal, de la nigrosine en solution aqueuse à 1 p. 100, après durcissement dans le Muller, enfin le carmin aluné. Les *cellules nerveuses* présentent des altérations constantes et diffuses. Elles consistent en une chromatolyse qui frappe d'abord la zone marginale de la cellule puis se diffuse et se généralise. La cellule est alors décolorée, bleu clair, avec un aspect pulvérulent; les contours sont bleu pâle, indécis, confus. Le *noyau* est peu coloré, indistinct et orienté vers la périphérie au point quelquefois de faire hernie et de s'énucléer. Le *nucléole* est tantôt normal, tantôt décoloré. Les *prolongements* en chromatolyse à leur cône d'origine sont courts, décolorés, sans division et subdivision, tortueux, atrophiés ou variqueux, granuleux et segmentés. La cellule peut présenter aussi de la dégénérescence granuleuse et jaune globulaire (Colucci) ainsi que les prolongements qui paraissent alors segmentés. Cette dégénérescence granuleuse ou jaune globulaire est tantôt partielle, périphérique, basale, peu nucléaire ou siégeant à l'apex, tantôt diffuse et générale. Beaucoup de cellules finissent ainsi par disparaître sans laisser de traces; aussi rencontre-t-on des tractus de tissu jaune avec ou sans éléments cellulaires. Les prolongements nerveux sont moins altérés, ils sont pourtant le siège d'une atrophie variqueuse et sont segmentés.

En résumé, comme altérations cellulaires, on rencontre autant la chromatolyse que la dégénérescence jaune globulaire dans toutes leurs formes et à toutes leurs phases.

Le *corps dentelé du cervelet*, les *noyaux bulbaires*, les *cellules des cornes antérieures* présentent les mêmes lésions que le cortex cérébral. Dans les cellules des cornes postérieures on observe seule-

ment la chromatolyse. Le *cortex cérébelleux* parait moins altéré; la chromatolyse y est moins diffuse. La coloration au carmin aluné permet d'observer de fréquentes dilatations des espaces lymphatiques péri-cellulaires. On note aussi une infiltration nucléaire autour des cellules altérées, et cette infiltration est plus grande aux endroits où les cellules altérées sont en plus grand nombre et plus gravement lésées. Les *vaisseaux* sont gorgés de globules rouges qui ne sortent jamais des vaisseaux et ne font pas de véritables hémorrhagies. Dans les espaces lymphatiques périvasculaires, quelques grains fins de pigments. Les *méninges* cérébrales et spinales sont normales, ainsi que la *névroglie*.

Les *fibres nerveuses* des écorces cérébrale et cérébelleuse, du corps dentelé, sont tortueuses, tantôt grêles, atrophiées, tantôt grossies avec des renflements en grains de chapelet, tantôt décolorées, tantôt segmentées, granuleuses. De très nombreuses fibres sont détruites surtout dans les couches superficielles du cortex cérébral et cérébelleux. Dans le bulbe, la moelle, les racines spinales et les nerfs, la gaine de myéline est diminuée, réduite à de fines granulations, elle disparait parfois. La méthode à la nigrosine montre la persistance du cylindre-axe qui apparait renflé, estompé et non plus brillant. Ces altérations ont les caractères des dégénérescences systématiques.

Le délire aigu, dit Cristiani, apparait comme une maladie générale du système nerveux. Les méthodes de Nissl et de Golgi mettent en évidence *un processus de dégénérescence cellulaire primitive*. Les fibres nerveuses sont le siège d'une dégénérescence primitive, systématique dans la moelle (m. à la nigrosine). L'infiltration nucléaire (m. au carmin) est un processus secondaire de réaction contre les lésions cellulaires . Les vaisseaux et la névroglie se montrent normaux, ce qui ne serait pas, si le processus inflammatoire était primitif. La forme initiale des lésions cellulaires est en pleine harmonie avec l'origine infectieuse et toxique du délire aigu, d'après les recherches anatomiques et expérimentales de Marinesco. La marche des lésions histologiques répond à l'évolution clinique. Au premier temps, envahissement des éléments nerveux qui réagissent en donnant la phase d'excitation; au deuxième temps, la destruction progressive de l'elément nerveux donne la phase de collapsus.

Cœur et vaisseaux. — Briand indique une coloration spéciale de la tunique externe de l'aorte ordinairement au niveau de la grande courbure. Cette altération, d'après M. Carrier, ne serait pas d'origine inflammatoire, mais d'origine cadavérique et due au décubitus. Ceni a trouvé dans une de ses autopsies une endocardite végétante au niveau des sigmoïdes aortiques. Pas d'altération du muscle cardiaque.

Tube digestif. — Les auteurs ont signalé de la congestion de la

muqueuse intestinale, des ulcérations, des altérations des voies digestives supérieures. Le *foie* présente de la dégénérescence graisseuse, et une atrophie pigmentaire de la cellule hépatique. La *rate* quelques foyers de nécrobiose; les *reins* des altérations du glomérule et des tubes. (Cappelletti). Fürstner a signalé des *lésions musculaires* semblables à celles que l'on rencontre dans les maladies infectieuse. (Dégénérescence cireuse [vitreuse]).

Bactériologie. — Les premières recherches remontent à 1881 ; Briand signala la présence de microorganismes en quantité considérable dans l'urine des malades. Leur forme était celle de petits bâtonnets et de corpuscules punctiformes. L'examen du sang lu révéla aussi la diminution des globules rouges et la présence de *bactéries*. Rezzonico en 1884, décrivit dans un cas de délire aigu des embolies de microcoques dans les vaisseaux du cerveau. Pour Spitzka, le délire aigu est une auto-intoxication produite par les ptomaïnes ou autres substances toxiques provenant de l'altération des échanges matériels.

En 1893, Bianchi et Piccinino examinèrent le sang de deux malades morts de délire aigu. Les ensemencements de ce sang donnèrent des cultures où ils trouvèrent des bacilles disposés en chaîne formant de longs filaments. Le sang d'animaux (chien-lapin) inoculés avec ces cultures reproduisit les mêmes cultures. Ils retrouvèrent ces bacilles dans les différents organes (poumons, dure-mère). Ils montrèrent que c'était un microorganisme autonome se rapprochant morphologiquement des bacilles du charbon et du bacillus subtilis. En 1894, les mêmes auteurs admettent qu'on ne trouve pas dans tous les cas de délire aigu le bacille qu'ils ont décrit. Dans sept observations qu'ils rapportent, ils trouvent dans quatre cas le streptocoque pyogène, dans deux cas, le staphylocoque doré, et ils en concluent qu'on doit différencier de toutes les autres la forme de délire aigu (delirio acuto bacillare), dans laquelle on retrouve dans le sang et les centres nerveux le bacille particulier qu'ils ont décrit. Rasori en 1893, dans un cas de délire aigu trouve dans le liquide céphalo-rachidien un bacille petit, à extrémité arrondie, plus large que long et différent du bacille de Bianchi. Potts, Martinotti, Cabitto, ne retrouvèrent pas dans leurs recherches le bacille de Bianchi, mais des microorganismes communs. Ceni, en 1897, trouva constamment dans plusieurs cas de délire aigu le staphylocoque pyogène blanc et jamais le bacille de Bianchi et Piccinino. Il conclut de ses recherches que, si l'on doit admettre le délire aigu bacillaire de Bianchi, l'etiologie n'est pas unique, que les différents microorganismes rencontrés dans le délire aigu ne représentent qu'une infection secondaire d'origine intestinale probable et qu'ils ne peuvent avoir de valeur étiologique dans la forme morbide en question.

Kotzowsky (1898) signala deux cas de délire aigu d'origine sta-

phylococcique; l'infection aurait eu son point de départ au niveau d'ulcérations intestinales. Le Dr Audemard, en 1898, a rapporté quatre observations, sous la rubrique de cérébro-typhus à forme de délire aigu, et qui seraient des délires aigus d'origine éberthienne.

Les recherches de Cappelleti, en 1899, viennent confirmer celles de Ceni et Kotzowsky. Dans trois cas de délire aigu, il ne put trouver le bacille de Bianchi, mais il isola le staphylocoque pyogène aureus et albus et le bactérium coli. Pour cet auteur, il s'agit de bacilles entrés dans la circulation à la dernière période de la maladie. La possibilité de cette émigration a été admise par Ceni, Charrin, Roger, Bouchard et Sanarelli. Les recherches de Wurtz, Achard et Phulpin, Nocard, Porcher, confirment cette opinion. En 1899, pour répondre aux différents auteurs qui sont venus contredire leurs assertions, Bianchi et Piccinino publièrent un troisième mémoire dans lequel ils donnent trois observations nouvelles. Dans deux cas mortels, ils trouvèrent leur bacille, dans un cas moins grave des cocci communs, enfin dans un autre cas leurs recherches furent négatives. Ils concluent que leurs recherches confirment les conclusions de leurs deux premiers mémoires. Ils en déduisent qu'il existe une *forme coccique* du délire aigu outre la *forme bacillaire*. De ces différentes recherches bactériologiques, il résulte ce fait d'une importance capitale : c'est que le délire aigu est une manifestation clinique toxi-infectieuse. Les recherches bactériologiques ne prouvent qu'une chose : c'est que les symptômes complexes du délire aigu peuvent être provoqués par différents germes pathogènes; d'autre part, il est à croire que la gravité du pronostic n'est pas seulement due à la prédisposition névropathique plus ou moins grande, mais encore à la variabilité des agents microbiens, ayant tous une action éminemment infectieuse ou toxique, ou bien une action mixte.

Aperçu pathogénique. — Le délire aigu est subordonné à trois ordres de conditions pathogéniques essentielles : la prédisposition névropathique, l'épuisement nerveux occasionnel et la toxi-infection. Le mécanisme de l'infection et de l'intoxication qui produisent le délire aigu peut s'expliquer ainsi : les causes effectives et déterminantes de ce syndrome, dit M. Carrier, mais dans lesquelles nous comprenons les maladies infectieuses antérieures, aussi bien que la prédisposition névropathique nécessaire, ont déterminé dans l'organisme un état de réceptivité pathologique particulier, en agissant surtout sur les glandes à sécrétion interne qui ont pour mission d'offrir normalement une barrière infranchissable aux agents infectieux. Si, du fait de cette action, cette barrière n'existe plus ou est devenue insuffisante, l'organisme est envahi par des toxines qui jouent le principal rôle dans la genèse du syndrome délire aigu. D'autre part, la diminution des sécrétions résultant de

la fièvre et de l'infection empêchant la libre élimination des toxines, détermine des auto-intoxications secondaires venant se surajouter à l'intoxication primitive d'origine microbienne ou autre. Cette opinion permet d'expliquer la variabilité des microbes, aussi bien que la production des auto-intoxications résultant des insuffisances hépatique et rénale. La conception de la nature toxi-infectieuse du délire aigu entraîne à elle seule des indications spéciales qui dominent toute sa thérapeutique. Puisqu'il y a infection, il faut s'opposer à l'évolution des microbes pathogènes et puisqu'il y a intoxication, il faut favoriser l'élimination des toxines nocives.

L'auteur conclut que : 1° le délire aigu est un syndrome de nature toxi-infectieuse. Ce n'est pas une maladie une, ce n'est pas une entité morbide au sens nosologique du mot, parce qu'il dépend essentiellement d'infections et d'intoxications diverses; 2° il a son point de départ dans l'altération primitive des éléments nerveux par l'agent pathogène et, par suite, intéresse l'organisme tout entier en permettant la production d'auto-intoxications secondaires qui constituent toute la gravité de la maladie; 3° des recherches nouvelles sont à poursuivre pour déterminer la nature des divers agents infectieux qui peuvent le produire, et pour expliquer le mécanisme de cette toxi-infection.

M. Regis. Il résulte du remarquable rapport de M. A. Carrier que la clinique, l'anatomie pathologique, la bactériologie, sont d'accord pour établir que le délire aigu est un état de nature toxique. Il me semble que c'est encore la clinique qui apporte le meilleur élément de preuves de cette assertion.

Les psychoses toxiques, comme je le disais dans les *Archives de neurologie* de janvier 1899, ont en effet une symptomatologie spéciale qu'il est impossible de méconnaître.

Les principaux symptômes qui les caractérisent généralement sont : *au point de vue physique* : la céphalalgie, les attaques hystériformes ou épileptiformes, les états cataleptiformes ou catatoniques, les troubles des réflexes, l'inégalité pupillaire, le tremblement généralisé, l'altération de la parole, les troubles des fonctions organiques (gastro-intestinale, circulatoire, respiratoire), des sécrétions et des excrétions, de la nutrition générale, de la température (hyperthermie), l'aspect général; *au point de vue psychique* : la confusion mentale avec torpeur ou agitation, le délire onirique ou de rêve, les idées fixes post-oniriques, enfin l'amnésie.

Dans le délire aigu, on rencontre précisément tous ces symptômes, je voudrais insister sur certains d'entre eux, à savoir : la céphalalgie, les troubles des fonctions organiques, la confusion mentale, le délire onirique, l'amnésie (céphalée). Il est exceptionnel de voir la *céphalalgie* chez les vésaniques, or, elle ne manque jamais dans les délires toxiques. C'est un symptôme constant de la

période prémonitoire et qui persiste encore dans la période d'état. Elle s'observe dans le délire aigu, comme en témoigne la première observation du rapport de M. Carrier.

J'ai pu en observer moi-même plusieurs cas personnels. On peut voir de même dans la période prémonitoire du délire aigu des *attaques hystériformes ou épileptiformes*. Audemard a cité plusieurs faits de ce genre. L'*inégalité pupillaire* s'observe également, mais avec cette particularité qu'elle est extrêmement mobile et variable, pouvant paraître et disparaître plusieurs fois dans la même journée.

On rencontre souvent aussi un *tremblement généralisé* intéressant la langue, fait qui détermide une parole tremblée et bredouillée qui peut donner au malade le cachet d'un paralytique général. Les troubles des fonctions organiques sont très importants dans les délires toxiques et particulièrement dans le délire aigu. Ils peuvent s'accompagner, comme l'a fort bien signalé M. Carrier, de troubles circulatoires et respiratoires. Les urines sont très diminuées, leur taux peut descendre au-dessous d'un litre, en même temps qu'elles sont altérées dans leurs éléments normaux (hyperacidité, hyperazoturie, etc...) et qu'elles contiennent des éléments anormaux : de l'albumine en petite quantité, beaucoup d'indican, de l'urobiline, de l'acétone, etc...

Lorsque la convalescence survient, on assiste à une véritable *crise urinaire* au sujet de laquelle les rapporteurs ont bien fait d'insister.

La température est toujours très élevée, mais dans la convalescence qui peut être longue, on observe parfois de l'hypothermie. Quant aux symptômes psychiques : la confusion mentale est de règle, parfois elle peut être marquée par l'agitation extrême et le délire que présentent les malades.

Ce délire a tous les caractères du délire onirique, du rêve. Il est fréquent de constater des idées fixes post-oniriques, à savoir qu'une idée délirante fixe persiste chez le malade, alors qu'il est est revenu à la raison.

L'*Amnésie* est un symptôme qui existe exceptionnellement dans les vésanies. Les maniaques, lorsqu'ils reviennent à eux se rappellent de ce qu'ils ont fait, quelquefois avec des détails remarquables. Or, dans le délire aigu, on observe une amnésie totale ou partielle. permanente, définitive, ou au contraire passagère; tantôt elle est rétrograde et porte sur l'accès qui vient de se passer, tantôt elle est antérograde. En somme, la clinique nous permet bien d'affirmer que le délire aigu est un délire toxique.

Mais il ne semble pas que le délire aigu soit, comme l'ont soutenu Biancchi et Picciuino, une infection bacillaire spéciale, soit même la manifestation psychopathique d'une intoxication ou d'une infection déterminée.

Cliniquement, il ne diffère pas en effet, sauf par le degré d'intensité et d'acuité, des autres délires toxiques; anatomiquement, il offre les lésions de méningo-encéphalite, de dégénérescence des cellules nerveuses communes à la plupart des intoxications, bactériologiquement enfin, on y peut trouver non seulement le bacille de Biancchi et Piccinino, mais encore d'autres espèces microbiennes tels que le streptocoque, le staphylocoque, ou même encore, on peut n'y trouver aucun microorganisme.

Dans deux cas récents que j'ai pu observer, il a été trouvé, dans le premier (thèse Delmas) des streptocoques peu virulents qui disparurent au moment de l'amélioration; dans le second, où l'expérimentation fut faite par mon ami le Dr Férié, des staphylocoques blancs sans autres espèces microbiennes. Mais je n'ai jamais retrouvé le bacille de Biancchi et Piccinino. Le délire aigu nous apparaît donc comme un délire d'origine toxique susceptible de survenir, dans des conditions étiologiques favorables, dans la plupart des toxi-infections; on peut, en effet, l'observer dans les exo-intoxications, telles que l'alcoolisme, dans les auto-intoxications telles que la coprostase et l'urémie, dans les infections et toxi-infections, telles que fièvre typhoïde, grippe, et aussi la rage, le paludisme, l'inanition, l'insolation, etc..., sans qu'il soit possible de lui reconnaître dans chaque cas des différences nosologiques appréciables. Je dois signaler spécialement le délire aigu qui, par le fait d'une toxi-infection, survient à titre de complication dans une vésanie préexistante. L'intérêt du fait réside non dans la physionomie du délire aigu, qui reste la même, mais dans son influence tantôt aggravante, mais souvent aussi favorable sur la vésanie alors même que celle-ci est ancienne et pour ainsi dire chronique. Il y a là un exemple de l'action dérivative exercée par les processus infectieux sur un organisme malade, action qui est devenue le point de départ de la méthode de traitement de la folie par des infections provoquées, préconisées ces derniers temps en Allemagne par Wagner, von Jauregg, par Boeck, Ernst.

Au sujet du traitement du délire aigu, je dirai d'abord, afin de s'abstenir de placer dans les asiles des délires aigus masquant une fièvre typhoïde ou une pneumonie, qu'il faut savoir attendre et s'abstenir autant que possible de recourir à l'internement de ces malades dont la place est dans les hôpitaux et non dans les asiles. On pourrait aussi à côté des médications antiseptiques et reconstituantes, telles que les grandes injections de sérum artificiel, pratiquer dans le traitement du délire aigu, la ponction lombaire qui permettrait de provoquer une décompression favorable des centres nerveux, en même temps qu'elle rendrait possible l'examen cytologique du liquide céphalo-rachidien. Enfin, je suis heureux d'avoir vu Antonio Marro, en 1898, recommander le lavage de l'estomac, ce qui confirme l'excellence de cette méthode

de traitement que j'ai préconisée dans la thérapeutique des maladies mentales et dont M. S. Maleit a montré, en 1882, l'efficacité dans un cas de délire aigu.

M. Briand. — Les temps sont changés depuis le jour où, pour la première fois, j'ai établi et cherché à démontrer l'origine infectieuse du délire aigu, dit sans lésion. En effet, s'il y a vingt ans, cette opinion, envisagée avec défiance n'était considérée que comme une hypothèse, on peut affirmer qu'elle est aujourd'hui acceptée par tous les auteurs dont les travaux font autorité. Le très savant rapport de MM. A. Carrier, G. Carrier et A. Martin apporte aujourd'hui la consécration officielle de la doctrine que je m'efforce d'établir depuis plusieurs années.

Est-ce à dire, pour cela, qu'on doive considérer le délire aigu comme une affection spécifique caractérisée par l'envahissement d'un organisme nettement déterminé et toujours identique à lui-même? — Je ne crois pas qu'on soit autorisé à formuler une semblable conclusion, bien que j'aie été le premier à signaler la présence d'un bacille dans le sang de certains délirants aigus. Pour soutenir cette opinion, il faudrait apporter la preuve expérimentale que le bacille inoculé produit le délire aigu. Or, dans aucune des expériences que j'ai tentées sur l'animal, je ne suis arrivé à obtenir un état maladif qu'on puisse scientifiquement comparer au délire aigu.

J'ai aussi suivi avec le plus grand intérêt les travaux de Bianchi et de ses élèves sur le même sujet, sans me résoudre à considérer comme démontré l'identification du microbe isolé depuis par le savant professeur de Naples.

La question de la spécifité du délire aigu doit donc rester posée, car il serait d'une part ou prématuré de conclure par l'affirmative ou d'autre part, présomptueux de clôturer le débat par une fin de non-recevoir.

Il est un point que j'admets sans réserve : c'est que le syndrome délire aigu peut être provoqué par des bacilles pathogènes très divers et même par des auto-infections non bacillaires.

Le délire aigu vrai est difficile à caractériser par ce trait qui lui soit propre : l'ensemble des phénomènes observés et l'ordre de leur succession permettent seuls de donner une idée de ce qu'on doit entendre par délire aigu. Si l'on tient un compte rigoureux de la marche de la maladie et de son aspect cliniqne, on s'expose à considérer comme du délire aigu vrai toute manifestation fébrile survenue dans le cours de la manie simple. Cette confusion a déjà été cause de débats aussi stériles que si chaque auteur eût parlé une langue différente.

Les délirants aigus se présentent sous un aspect très différent de celui des maniaques simples. Ils se distinguent surtout de ces derniers par la frayeur qui caractérise toutes leurs réactions. Ils sont

en proie à une élévation de température que n'explique aucune localisation organique; leur agitation ne fait que s'accroître avec la fièvre qu'ils supportent d'abord allègrement, alors que celle-ci calme souvent un accès de manie.

Chez le maniaque, l'incohérence est plus apparente que réelle. Elle tient à ce que la parole du maniaque ne pouvant suivre d'assez près une idéation trop rapide, n'exprime pas assez vite la pensée. Dans le délire aigu, véritable chaos sensoriel, rappelant un peu le délire vigile des fébricitants, la parole sollicitée de divers côtés par la multiplicité des hallucinations de tous les sens, exprime des idées heurtées qui, arrivant par des chemins différents, sont étrangères les unes aux autres.

Dans la manie, le cinématographe tourne trop vite; dans le délire aigu, la pellicule a été impressionnée par des objets disparates. L'agitation, qui est plus violente dans le délire aigu, est toujours accompagnée de frayeurs.

Le délirant aigu refuse les aliments, va, vient, se précipite au hasard de ses hallucinations, toujours terrifiantes. Comme l'hydrophobe, il souffre, d'hyperesthésies sensorielles qui lui font fuir la lumière et sursauter au moindre bruit. Sa peau devient aride, son visage amaigri exprime la terreur, la parole s'embarrasse, la langue s'ulcère parfois, devient fuligineuse, le pharynx se dessèche; la température dépasse 40. Parfois l'albumine se montre en petite quantité dans l'urine souvent rare. La constipation est opiniâtre. L'excitation est à son apogée. Bientôt le malade fait preuve d'une indifférence peu en harmonie avec la gravité de son état et qui est un signe précurseur de la mort prochaine. Il tombe ensuite dans le collapsus, sa température baisse parfois au-dessous de la normale, la diarrhée apparaît, les extrémités se cyanosent, et le malade succombe dans le marasme.

On ne peut nier que ce tableau ne se rapproche de celui qu'offrent tous les états infectieux. Est-ce à dire pour cela, que la toxi-infection soit due à un microbe particulier? Evidemment non. S'il est une entité morbide nettement définie, c'est la peumonie, et cependant il est admis aujourd'hui qu'elle peut être produite par d'autres agents pathogènes que le peumocoque. Délire aigu et pneumonie ne sont que le mode de réaction de l'organe infecté. La pathologie générale donne à penser que si tout syndrome observé n'est pas absolument indépendant de la nature de la toxi-infection, qui en a provoqué l'apparition, il est bien plus la conséquence de la localisation de la toxine dans tel ou tel organe que de la nature de celle-ci. L'alcool, l'éther, le pétrole, la cocaïne, etc., provoquent chez l'homme des manifestations délirantes sinon absolument semblables et en tous cas très comparables les unes aux autres. C'est ce qui explique qu'on ait comparé le délire aigu au délire fébrile, à l'urémie, au delirium tremens, la rage.

En ce qui concerne la place que doit occuper le délire aigu dans le cadre neurologique des maladies mentales, trois courants se partagent l'opinion : les uns le considèrent comme une entité morbide avec ou sans lésions nettement définies, pour les autres, il n'est que le syndrome d'une maladie inflammatoire du cerveau, pour d'autres enfin, c'est un épiphénomène ou un accident survenant dans le cours d'une vésanie.

Tout le monde est cependant d'accord, en France comme à l'étranger, pour rapporter aux auteurs français la découverte, les remières descriptions du délire aigu et la conception de sa pathogénie infectieuse.

Délire aigu à début paranoïaque.

M. Roubinowitch (Paris). — Au point de vue de l'évolution clinique, il est intéressant de signaler la possibilité assez rare de voir *débuter le délire aigu par une phase à forme paranoïaque.* J'ai eu l'occasion d'observer, en 1898, une jeune femme de trente-deux ans atteinte pendant l'allaitement, de septicémie consécutive à un gros abcès du sein. Les troubles mentaux initiaux ont consisté, après une insomnie de plusieurs nuits, en un délire à apparence systématisée. La malade se croyait poursuivie pour ses opinions politiques et religieuses; elle avait des illusions et des hallucinations visuelles, auditives et tactiles qui se rattachaient nettement à ce délire de persécution, auquel sont venues se joindre des idées de grandeur : on la poursuivait parce qu'elle était riche, parce qu'elle portait un nom célèbre. Pendant trois jours on crut assister à une de ces bouffées délirantes d'emblée, à apparence systématique, qui ont été décrites chez des déséquilibrés, en France par Magnan et ses élèves, en Allemagne par un grand nombre d'auteurs, sous le nom de paranoïa aiguë. Mais au bout du troisième jour, le délire aigu prit sa forme ordinaire de confusion, et six jours après la malade mourut. Tous les autres symptômes psychiques et physiques étaient ceux indiqués par les honorables rapporteurs.

Il semble donc que le délire aigu peut débuter parfois par un syndrome d'aspect systématisé de courte durée. Dans le cas particulier, il s'agissait d'une femme à tares arthritiques. Elle était obèse. De plus, à l'âge de dix-sept ans, à l'occasion de la menstruation, la malade avait déjà présenté un accès de troubles psychiques d'une durée de trois semaines, caractérisé par une exaltation maniaque avec préoccupations mystiques et métaphysiques, suivie d'une phase dépressive avec abattement.

Le terrain était donc préparé par l'arthritisme et l'affection psychique antérieure. Peut-être ces antécédents expliquent-ils, jusqu'à un certain point, la raison de l'apparition du délire systématisé comme prélude au délire aigu.

M. Marchand. — On ne trouva dans les observations du délire aigu aucun symptôme constant. L'agitation, la dépression, les hallucinations, l'hyperesthésie sensorielle, la fièvre sont dissemblables. L'évolution, la pathogénie, l'étiologie, sont également différentes suivant les cas. En outre, les délires décrits dans les maladies toxi-infectieuses, dans la pneumonie, dans les fièvres éruptives, le rhumatisme articulaire aigu, la granulie, dans les septicémies ressemblent aux divers tableaux que l'on a donnés sous le nom de délire aigu. Si on considère maintenant les lésions que l'on rencontre dans le système nerveux des malades morts de délire aigu, on est encore frappé de la ressemblance des lésions.

A ce sujet, l'auteur présente des coupes provenant du système nerveux d'une malade morte de broncho-pneumonie avec délire. On ne peut pas trouver dans l'examen des coupes de caractères différentiels entre les lésions du système nerveux d'un malade mort à la suite d'un délire apparu dans le cours d'une maladie aiguë toxi-infectieuse et celle du système nerveux d'un sujet mort de délire aigu proprement dit.

M. Crocq. — Le délire aigu est très variable, non seulement dans ses manifestations symptomatiques, mais aussi dans ses lésions anatomiques. On peut à la fois rencontrer des lésions inflammatoires et des lésions toxiques ou seulement une seule variété de ces lésions. Il est vrai, comme il a pu l'observer dans les myélites, que les lésions toxiques peuvent se transformer en lésions inflammatoires. Il insiste sur ce fait que l'on peut voir de graves lésions cellulaires et analogues à celles signalées dans le rapport de M. Carrier, sans que cliniquement, il y ait eu de phénomènes délirants, de même que l'on a pu voir cliniquement des délires sans pouvoir constater aucune lésion des cellules nerveuses.

M. Briand. — M. Roubinowitch a insisté avec raison sur la prédisposition névropathique que l'on rencontre chez les sujets atteints de délire aigu. Cette prédisposition dans le cas de délire aigu est d'après lui actionnée surtout par le surmenage, la vie agitée, etc. Quant à la diversité des symptômes signalés par M. Marchand, je répondrai qu'elle est plus apparente que réelle. De plus, il est évident que souvent on a pris pour des délires aigus des cas qui n'étaient pas justiciables de ce diagnostic.

M. Gilbert-Ballet. — Il faut, en effet, bien préciser ce que l'on entend cliniquement par délire aigu, et ne pas le confondre avec les délires toxiques, toxi-infectieux, ou septicémiques qui s'en rapprochent beaucoup. Je ne peux croire que M. Crocq a voulu opposer les lésions inflammatoires, aux lésions toxiques, dans le délire aigu, car qu'il survienne ou non une poussée inflammatoire, c'est toujours de l'infection. Evidemment, il peut y avoir beaucoup de délire et peu de lésions de chromatolyse cellulaire, et inverse-

ment des lésions et peu de délire. On peut avoir un délire intense sans lésions chromatolytiques, mais à condition que ce délire soit transitoire. Il ne peut croire qu'avec des lésions très marquées des cellules très nerveuses, on ne puisse constater cliniquement aucun trouble nerveux.

M. Faure. — Comme l'a fort bien mis en relief M. Carrier dans son rapport, la cellule nerveuse est lésée primitivement dans le délire aigu, par le processus toxique, mais il s'étonne de la fréquence avec laquelle on a pu trouver, et si facilement, des bacilles dans le sang, l'écorce cérébrale, le liquide céphalo-rachidien des délirants aigus. Dans différentes infections, il a recherché les microbes dans le cerveau, et sur près de 200 observations, il n'a jamais pu en trouver. Les seuls microbes qu'il a trouvés étaient dus à la putréfaction.

M. Crocq répond à M. Ballet qu'il n'a pas voulu opposer les lésions d'inflammation à celles d'infection.

M. Arnault insiste sur la physionomie douloureuse et souffrante que présentent les délirants aigus. Elle a une grande importance pour le diagnostic et on la trouve non seulement dans la période prémonitoire, mais aussi dans la période d'état. On dirait des maniaques par leur extrême agitation, et cependant leurs paroles, le sens des idées que l'on peut surprendre, les feraient prendre pour des mélancoliques. Ils peuvent du reste avoir des idées de suicide.

M. le professeur Brissaud, qui présidait cette séance, résume très heureusement la discussion et la séance est levée.

Le punch.

Le corps médical de Limoges offrait, le soir du 1er août, aux congressistes, un punch, qui avait lieu dans l'immense salle du Grand Continental.

Tous les docteurs venus à Limoges à l'occasion du Congrès, M. Edgar Monteil, préfet de la Haute-Vienne, et une vingtaine de dames, avaient accepté l'invitation aimablement faite par le sympathique docteur Delotte, au nom de ses confrères. Au champagne, M. le docteur Delotte, professeur à l'Ecole de Médecine, a pris la parole en ces termes :

Mesdames, Messieurs les congressistes, il est déjà trop tard pour vous adresser des paroles de bienvenue. Ce matin, M. le maire de la ville de Limoges, M. le directeur de l'école de médecine, vous ont ouvert solennellement les portes de notre vieille cité. Votre président, le docteur Ballet, et M. le délégué du ministre de l'ins-

truction publique ont répondu dans des termes élogieux et d'une remarquable éloquence.

Il devait en être ainsi, votre présence et la présence au milieu de vous de maîtres éminents prouve assez l'importance de la branche scientifique dans laquelle se développent vos efforts et se multiplient vos travaux.

Ce soir, c'est avec plus de simplicité, de familiarité et, le dirai-je, avec un peu de cette camaraderie, dont l'esprit n'abandonne jamais le médecin au cours de sa vie professionnelle, que vos collègues de la Haute-Vienne ont désiré vous recevoir.

Si nous n'avons pas tous l'entrain de la jeunesse, comme au temps de nos études, nous possédons la franche et bonne humeur, qualité bien française et qui convient surtout à la réunion présente.

Les dames ont bien voulu répondre à notre invitation; elles donnent un attrait spécial à cette fête, elles sèment, dans l'assemblée, des teintes de fraîche nuance et nous offrent, avec leur esprit particulier, la grâce inhérente à leur sexe.

Messieurs les médecins de Limoges, le corps médical du Limousin vous remercient de nouveau d'avoir fait choix de leur ville pour y tenir vos séances. C'est pour eux un grand honneur à enregistrer.

Permettez-moi de lever mon verre à notre président, le Dr Gilbert Ballet, à nos anciens maîtres et camarades que j'aperçois parmi vous et à vous tous. Je tiens aussi à remercier M. le préfet d'avoir honoré de sa présence notre fête de famille.

M. le Dr Ballet, en quelques mots, a répondu que dans toutes les réceptions faites d'ordinaire aux congressistes au cours de leurs pérégrinations annuelles, il n'en était pas de plus agréables que celles organisées par le corps médical des villes où s'arrêtait le Congrès.

M. G. Ballet a dit tout le plaisir qu'il éprouvait personnellement à se retrouver au milieu d'anciens camarades et même d'anciens élèves. Puis, très spirituellement, se retranchant derrière sa qualité de Limousin, reçu par des compatriotes, il a cédé la parole à son confrère et ami, M. le Dr Brissaud.

Le distingué professeur, bien que pris au dépourvu et Limousin lui-même — le berceau de sa famille est en effet à Saint-Benoît-du-Sault — a prononcé une fort intéressante allocution au cours de laquelle il a remercié les docteurs de Limoges d'un accueil qui laissera dans les cœurs une impression ineffaçable. Et par une transition toute naturelle, il a

évoqué le souvenir de Cruveilhier et de Dupuytren, deux grands neurologistes, a-t-il dit, dont il a salué la mémoire.

En terminant, il a rappelé le souvenir du gentilhomme limousin qui autrefois se rendait à Paris pour voir le docte corps médical. Aujourd'hui, les rôles sont intervertis, ce sont les docteurs parisiens qui viennent à Limoges.

M. le professeur Brissaud remercie donc ses gentils confrères du Limousin et souhaite à leur école les succès dont elle a déjà donné de si nombreux exemples. — De chaleureux applaudissements ont salué ce toast.

M. le Dr Doursout, dépouillant à son tour son caractère officiel de secrétaire général du Congrès, s'est rappelé qu'autrefois étudiant, il aimait la charge et cette réminiscence nous a valu un certain nombre de vers libres, sorte de revue dans laquelle ont défilé tous nos docteurs de Limoges.

M. le Dr Chardonnier a dit enfin une de ces patoiseries improvisées dont il a le secret et qui sont si goûtées de nos concitoyens. — Le punch était terminé vers onze heures et demie.

Séance du vendredi matin 2 août, à Saint-Priest-Taurion.

Présidence de M. G. Ballet

A 8 heures du matin les congressistes sont partis de la place Jourdan et se sont rendus en voitures à Saint-Priest-Taurion en remontant la rive droite de la Vienne qui offre une succession de points de vue des plus pittoresques. Saint-Priest, au confluent du Taurion et de la Vienne, est l'une des contrées les plus fréquentées par les habitants de Limoges; elle le mérite par ses sites aussi variés qu'agréables. La séance a été ouverte à 10 heures dans la salle d'école mise à la disposition des congressistes. Le Maire, ancien condisciple de M. Gilbert Ballet, a prononcé une charmante allocution dans laquelle il a fait, en termes pleins d'humour, l'éloge mérité du président du Congrès. Après d'unanimes et chaleureux applaudissements les communications ont eu lieu dans l'ordre suivant :

Des hémorrhagies de la peau et des muqueuses pendant et après les accès d'épilepsie et de leur analogie avec les stigmates des extatiques.

M. Bourneville. — Quelques auteurs ont signalé des hémorrha-

gies de la peau immédiatement après l'accès épileptique. Tels sont Herpin, Kaposi, Apert, Gowers, etc. Elles consistent en un pointillé hémorrhagique, confluent, semblable à des piqûres de puce et constituant une variété de purpura. Bien que nous ayons vu un grand nombre d'épileptiques, hommes et femmes, adultes et enfants, nous n'avons que par exception observé cette complication de l'accès.

Dans un seul cas, celui de Van den P..., l'éruption était généralisée. Les photographies que nous vous présentons en donnent une idée, mais non la représentation exacte. Le 14 août 1897, il a un accès d'intensité moyenne, à la suite duquel il se produit rapidement une éruption composée de petites taches occupant la face, le tronc et les membres. L'étendue des téguments occupée par elles paraît au moins égale à l'étendue de la peau restée normale. Les plus grandes taches ont à peine les dimensions d'une petite lentille. Elles ont une coloration rouge, pourprée, ne disparaissent pas par la pression. Leur maximum de confluence est au niveau des chevilles et des poignets. Il existe un léger œdème des paupières et des malléoles. Il ne s'est produit aucune hémorrhagie des muqueuses. Le 17 août, l'éruption est très atténuée ; le pointillé et les taches sont jaunâtres, l'œdème a disparu. Elle s'efface complètement au bout de deux ou trois jours. Il n'y a eu aucun symptôme général, les urines ne contenaient ni sucre ni albumine.

Le plus souvent l'éruption est localisée au front, aux paupières, à la partie voisine des tempes, au cou, d'une apophyse mastoïde à l'autre ; elle s'étend parfois un peu au-dessus et au-dessous des clavicules. L'éruption a cessé en quelques jours, 10 ou 12 maximum. Les accès auxquels elle a succédé n'ont point paru plus violents que d'ordinaire. Les accès survenus pendant l'éruption ne semblent pas la modifier. Le père de l'une de nos malades, Cast..., nous a affirmé avoir eu à 17 ou 18 ans un purpura tout à fait comparable, comme aspect, siège et marche, à celui de sa fille, consécutivement à une violente colère (*purpura émotif*).

Nous rapprocherons de ces cas les *hémorrhagies de la conjonctive oculaire* formant de véritables ecchymoses, siégeant soit dans l'angle interne, soit dans l'angle externe des yeux. Celles-ci, au contraire des précédentes, c'est-à-dire du *purpura*, sont assez communes et peuvent faire penser aux personnes non prévenues que dans l'accès il y a eu un traumatisme grave de la base du crâne.

Chez une jeune épileptique, Gir..., atteinte d'une kérato-conjonctivite aiguë, nous avons remarqué que, dans les accès survenus au cours de l'affection oculaire, la vascularisation de la conjonctive oculaire augmentait considérablement, au point de faire craindre un épanchement sanguin, avec ecchymose.

Les épileptiques qui tombent en avant se blessent le visage : contusions avec ou sans plaie, éraflures, excoriations ; il y a intérêt

à noter ce qui se passe, durant des accès ultérieurs, au niveau des plaies superficielles.

Un de nos malades, Ennemond X... appartient à cette catégorie. Le 16 juillet, il se fait une éraflure du nez. Le 16, dans un accès très léger, à la période congestive, le sang a coulé de l'éraflure, formant une sorte de traînée le long du nez. Chez le même malade, auparavant, dans un grand accès, ce n'est pas quelques gouttes de sang que nous avons vues sous l'influence de la congestion de la face ; le sang a giclé d'une excoriation antérieure.

Ces faits nous ont fait penser aux phénomènes qui se produisent chez certains mystiques, les *stigmatisées*. Leur esprit est absolument concentré sur le siège des plaies du Christ : front, mains, pieds, côté. Elles voudraient les voir saigner. D'où aussi, volontairement ou non, des attouchements, des frictions au niveau de ces régions, voire même des excoriations, en tout cas une diminution de la résistance de la peau et, finalement, au cours de l'*attaque extatique*, l'écoulement sanguin si ardemment désiré. Il s'opère de la même façon que l'épanchement de sang sous la conjonctive, que le suintement ou le giclage du sang d'une éraflure ou d'une excoriation au cours des *accès épileptiques*.

M. Crocq (de Bruxelles), a pu observer un malade analogue aux cas signalés par M. Bourneville. Il s'agit d'un épileptique, qui après les crises présentait des taches purpuriques sur le front, et qui en outre a présenté des hématuries qui firent penser à une tumeur de la vessie. Ces hémorrhagies post-critiques disparurent après l'administration de perchlorure de fer.

M. Doutrebente (de Blois) demande à M. Bourneville si ses malades n'étaient pas hémophiles. Pour sa part, il a pu observer des hémorrhagies diverses après les crises épilepliques, mais chez des sujets hémophiles.

M. Bourneville. — Les épileptiques chez lesquels il a pu observer les faits signalés n'étaient non seulement pas hémophiles, mais jouissaient d'un état général parfait. De plus le purpura qu'ils ont présenté, est un purpura spécial.

Ecriture en miroir.

M. Meige (de Paris). — Lorsque l'on écrit des deux mains en même temps en faisant abstraction de l'image visuelle du mot que l'on veut écrire, chacun écrit spontanément de la main gauche en écriture en miroir. Si l'on écrit de la main gauche seule, les caractères de l'écriture droite reviennent souvent au milieu de ceux qui constituent l'écriture en miroir. Cette écriture en miroir de la main gauche est pour ainsi dire physiologique, et en s'exerçant un peu on arrive à écrire couramment. L'éducation du centre pour

l'écriture droite fait en même temps celle de l'autre côté pour l'écriture en miroir.

L'auteur conclut de ces faits à l'application pratique suivante. Les individus privés accidentellement, à la suite d'une fracture du bras droit, par exemple, de leur écriture normale pourraient employer l'écriture en miroir qu'ils possèdent de leur main gauche et après un court exercice, arriveraient aussi à écrire facilement.

M. Gilbert-Ballet confirme les conclusions de M. Meige, il insiste sur ce fait que les individus qui écrivent en copiant les images visuelles arrivent très difficilement à écrire de leur main gauche en écriture en miroir, et ils arriveraient assez facilement à écrire de leur main gauche en écriture droite normale.

M. Meige reconnait, en effet, que pour écrire de la main gauche en miroir, il est indispensable de faire abstraction des images visuelles, il ne faut pouvoir ne pas copier le mot ou les lettres. Il fait remarquer en outre, que lorsqu'on écrit des deux mains, alors l'écriture de la main gauche est en miroir, le caractère typographique de l'écriture ordinaire de la main droite change complètement.

Psychose post-opératoire.

M. Devay (de Lyon). — La question des rapports entre l'acte opératoire et le développement des troubles psychiques a été discutée au Congrès d'Angers, après un rapport de M. Rayneau, qui n'admet pas l'existence d'un type spécial que l'on puisse étiqueter de psychose post-opératoire. Contrairement à cette opinion admise par la plupart des aliénistes M. Régis, en se basant sur des observations personnelles, décrit un type clinique qui est le suivant : un fond de confusion mentale sur lequel se greffe un état délirant onirique constitué par des associations automatiques et hallucinations d'images et de souvenirs antérieurs. L'observation que je rapporte rentre dans ce cadre clinique.

V..., 24 ans, cultivateur, ne présente dans ses antécédents héréditaires ou personnels aucune affection nerveuse ou mentale, ni syphilis, ni alcoolisme. Porteur d'un kyste dermoïde du sourcil, il demande à en être débarrassé.

Il est chloroformisé le 14 septembre. La dissection du kyste très adhérent à l'os, a été laborieuse, et l'opération a duré une vingtaine de minutes environ. Au réveil chloroformique, l'opéré a pleuré longuement. Questionné sur le motif de ses pleurs, il répondit qu'il n'avait rien. Cette particularité fixa l'attention du chirurgien. La réunion par première intention fut tentée sans succès, il y eut un léger mouvement fébrile. A partir du 22 septembre, le malade fut pris de nostalgie, manifestant le désir de quitter l'hôpital. Son état mental alla en s'aggravant jusqu'au

29 septembre; il était caractérisé par des idées mélancoliques, des hallucinations de la vue et de l'ouïe, et des impulsions homicides. L'état délirant apparaissait surtout la nuit. Rentré dans sa famille, il manifeste des idées de persécution. Il est interné 8 jours après sa sortie de l'hôpital. Depuis son entrée, il a présenté un état mental caractérisé par de la confusion mentale, des idées de persécution, des alternatives de calme et d'excitation, et des accès impulsifs. En somme, je note immédiatement après l'opération un trouble mental passager, puis, le huitième jour, un véritable accès mélancolique, suivi quelques jours après d'un état hallucinatoire, nocturne surtout. La psychose est établie 15 jours après l'opération.

M. Régis fait remarquer que depuis le rapport de M. Rayneau au Congrès de Toulouse, il a observé de nouveaux cas de psychoses post-opératoires qui rentrent absolument dans le cadre des délires toxiques.

Il a expliqué par cette pathogénie le délire qui suit très fréquemment l'opération de la cataracte chez les vieillards artério-scléreux qui plus que tout autre, sont exposés à l'auto-intoxication.

La lécithine dans la thérapeutique des affections du système nerveux.

M. P. Hartenberg (de Paris). — Depuis quatre années. M. Hartenberg a expérimenté la lécithine dans le traitement des affections du système nerveux. Le produit est retiré du jaune d'œuf, conservé dans une solution de chlorure de sodium, et employé en injections hypodermiques. Sur 24 malades ainsi traités, il y avait 1 tabes, 1 paralysie générale, 4 psychoses, 6 tics, obsessions, phobies, etc., qui ont tous été améliorés; puis 8 neurasthéniques, dont 5 ont été guéris et 3 améliorés; enfin 6 hystériques, dont 5 ont été guéris et 1 amélioré. De l'ensemble de ces expériences, M. Hartenberg tire les conclusions suivantes :

1° La lécithine est toujours inoffensive;

2° On peut l'employer, sans inconvénients, en injections hypodermiques, à doses assez élevées, telles que 1 gramme par jour;

3° Dans les affections du système nerveux, son action thérapeutique paraît porter beaucoup plus sur la nutrition générale que sur le tissu nerveux en particulier : c'est seulement en relevant l'état général du malade que la lécithine améliore l'état nerveux. Elle ne saurait donc être considérée comme un médicament spécifique du système nerveux.

Vœu concernant les employés des asiles.

M. le Dr Doutrebente présente une pétition signée par 152 com-

mis et employés de 39 asiles d'aliénés qui sollicitent un avis favorable de leurs supérieurs hiérarchiques présents au Congrès de Limoges. Dans cette pétition, ces modestes employés, qui travaillent sans avenir et sans possibilité d'améliorer leur situation, réclament qu'à l'avenir les emplois d'économe et de receveur qui deviendraient vacants leur soient attribués au lieu d'être donnés, comme cela arrive le plus souvent, à des personnes étrangères au personnel administratif de ces établissements. Le Dr Doutrebente estime que les directeurs-médecins ne doivent pas rester indifférents au choix de ces fonctionnaires et que, d'ailleurs, ainsi qu'il résulte d'une décision du Ministre de l'Intérieur, en date du 5 décembre 1843, ils ont un droit de présentation au Préfet, concurremment avec la commission de surveillance.

Le vœu de M. Doutrebente est adopté.

Un membre du Congrès fait remarquer qu'il serait bon d'émettre un vœu analogue pour les médecins en chef qui devraient toujours fournir les directeurs : ce ne serait que justice.

La séance est levée à midi.

Séance du vendredi 2 août (soir) *à Saint-Priest-Taurion*
PRÉSIDENCE DE M. GILBERT BALLET.

Tumeur cérébelleuse et épilepsie.

M. L. MARCHAND. — Les cas de tumeurs du cervelet non diagnostiquées sont rares; cependant l'observation suivante est intéressante par ce fait que malgré la grosseur de la tumeur et sa situation bulboprotubérantielle, le seul symptôme relevé était la présence de crises revêtant les caractères des accès épileptiques. Il s'agit d'un homme, sans antécédents héréditaires et personnels, qui a une première crise d'épilepsie à l'âge de 30 ans. Pendant plusieurs années, les accès sont très rares. Il meurt à l'âge de 38 ans, après avoir présenté une série d'accès convulsifs suivis de délire violent. A l'autopsie, on trouve une tumeur cérébelleuse, de la grosseur d'une noix développée au niveau du lobule du pneumo-gastrique et qui comprime le bulbe et la protubérance. L'examen histologique montre qu'on est en présence d'un sarcome à petites cellules fusiformes, et qu'il ne contient que des traces de glycogène. La glycogenèse étant une des fonctions les plus constantes des cellules en voie de multiplication, on peut en conclure que le néoplasme a dû croître lentement et mettre de nombreuses années pour atteindre son volume.

Ceci s'accorde avec ce fait que l'épilepsie n'a eu lieu que huit ans avant la mort et explique pourquoi les nerfs voisins de la tumeur ont pu être repoussés lentement par elle sans donner lieu au syndrome décrit dernièrement, par M. Babinski.

Deux cas de torticolis mental chez des aliénées, observations relatives au traitement de cette affection.

M. Etienne Martin (de Lyon). — Le premier cas est relatif à un dégénéré atteint de délire mélancolique avec idées hypochondriaques. 3 mois après le début de son affection, et sous l'influence de ses idées délirantes, le malade fut pris de contracture avec spasmes des muscles du cou. La tête était abaissée, portée sur l'épaule gauche, et lorsqu'on lui adressait la parole, à l'aide de la main, il pouvait remettre sa tête en position normale. Dès que celle-ci était privée du secours illusoire de cette main, elle retombait dans l'attitude première. La psychose évoluait ainsi depuis un an et demi. Le traitement opiacé et l'hydrothérapie n'avaient fourni aucuns résultats. Les phénomènes de contracture légère s'étaient développés au niveau des membres. A ce moment le traitement indiqué par M. le professeur Brissaud pour le torticolis mental est institué. Le malade est soumis à des séances de gymnastique, de massage et d'électricité, à la rééducation du système musculaire par la suggestion à l'aide du mouvement. On constata d'abord une amélioration très rapide des symptômes somatiques énumérés, l'état psychique ne tarda pas à être modifié.

Néanmoins. il a fallu prolonger pendant plus d'un an le traitement pour arriver à une guérison qui, depuis 4 mois nous paraît définitive. M. Martin fait remarquer que dans les observations de torticolis mental publiées jusqu'à présent, l'état mental, ne paraît pas aussi modifié et aussi profondément atteint que dans le cas qu'il vient de présenter. Il s'agit de dégénérés dont le déséquilibre n'est que peu apparent et dont l'affection semble en entier constituée par le torticolis dont ils sont porteurs. Chez ces malades, la suggestion par le mouvement est beaucoup plus facile à entreprendre que chez des délirants absorbés par leur délire. Une autre difficulté se présente lorsque l'état d'affaiblissement du sujet est tel qu'il est impossible de capter sa confiance et d'agir sur sa volonté. L'autre malade observé par M, Martin est dans ce cas. Il s'agit d'un dégénéré interné depuis plusieurs années et atteint d'imbécillité. Toute tentative de rééducation musculaire a dû être abandonnée dans ce dernier cas.

En somme, le traitement du torticolis mental par l'éducation des mouvements n'est pas applicable dans tous les cas et on aura d'autant plus de chance de réussir que l'affection physique dépendra d'un état mental moins atteint. La prolongation du traitement médical doit être en tous cas poursuivie avec la plus grande patience. Toute intervention chirurgicale doit être rejetée quelle que soit l'intensité du spasme, comme absolument inutile.

M. Meige est très heureux de voir M. Martin confirmer les

idées de son maître, M. le professeur Brissaud, reprises par lui dans plusieurs travaux, en collaboration avec M. Feindel. Le torticolis mental est en effet curable dans la grande majorité des cas et les insuccès sont souvent dus à la trop courte durée du traitement. C'est une affection qui n'apparaît que chez des dégénérés, tant au point de vue physique que mental, qui ne présentent pas de graves troubles mentaux mais qui cependant frisent la vésanie. Chez le malade présenté par M. Martin, les contractures siégeant au niveau du tronc et des membres inférieurs sont des contractures d'attitude que M. Meige n'hésite pas à assimiler aux tics. Le torticolis mental ne serait qu'une variété de cette affection et l'état mental des malades atteints de torticolis mentaux rentre dans l'étude de l'état mental des tiqueurs. Comme l'a dit M. Martin, il est bon de rappeler que le traitement de ces malades doit être prolongé pendant longtemps avant d'obtenir un succès.

M. Brissaud fait remarquer que non seulement dans le torticolis mental, mais que dans beaucoup d'affections du système nerveux, l'influence de la gymnastique et de la rééducation des mouvements amène dans l'état mental des modifications salutaires. Il a toujours constaté que l'amélioration physique précédait l'amélioration des symptômes mentaux.

M. Briand. — J'ai observé plusieurs cas de ce qu'on appelle le torticolis mental et dont M. le professeur Brissaud a donné une magistrale description. Je le considère comme un stigmate de dégénérescence mentale. En effet, si l'on se donne la peine de fouiller dans l'hérédité et dans la vie des malades qui en sont atteints, on trouve toujours une hérédité névropathique plus ou moins chargée et une foule de bizarreries de caractère, et souvent des phobies plus ou moins accusées. Un jeune homme, que j'ai suivi pendant plusieurs années, avait été frappé de torticolis mental à la suite d'une chute de bicyclette. Il ne présentait aucun signe d'hystérie. Cet état durait depuis deux ans sans amélioration lorsque je le vis pour la première fois. Comme il se préparait à une école du gouvernement, j'utilisai le désir qu'il avait d'être admis, faisant l'éducation de sa volonté et des suggestions à l'état de veille et en employant les moyens habituels, j'obtins une guérison qui était complète au moment où il se présentait à son école. Bientôt le torticolis était remplacé par un tic de l'épaule avec tiraillement de la bouche et clignements de l'œil du même côté. A l'approche des vacances annuelles, le tic disparut et le torticolis reparut sous une influence banale. Les vacances furent utilisées au traitement du torticolis qui, disparaissant encore à la rentrée de l'école, fut de nouveau remplacé par le tic de l'épaule. Il en fut de même à plusieurs reprises, et, chaque fois, l'intervalle de guérison séparant la période de torticolis de celle du tic aug-

mentait de durée. Le malade finit par guérir complètement, mais il reste ce qu'il était avant, un craintif et un obsédé.

Les malades affectés de torticolis mental sont souvent des neurastheniques, J'en connais un autre présentant du torticolis alternant avec une sorte d'astasie-abasie que je qualifierais volontiers de paraplégie mentale incomplète.

Le malade qui en est atteint ne voyage jamais sans une paire de béquilles et une minerve dont il se sert pendant ses crises pour assurer sa marche ou redresser sa tête. Il n'a aucun stigmate d'hystérie, mais il reste un neurasthénique avéré entre chaque période. Le père était un névropathe, un de ses frères est faible d'esprit, l'autre, neurasthénique, et la sœur mélancolique hypochondriaque.

Le torticolis mental peut se montrer sous des influences très diverses : j'en ai observé un cas à la suite d'anthrax de la nuque : certains tics ont une cause analogue. une simple blépharite a pu donner lieu à un tic des paupières, un faux-col mal ajusté a déterminé un tic de l'épaule.

Quelques aliénés, ayant des hallucinations unilatérales de l'ouïe, portent la tête inclinée d'une certaine façon simulant le torticolis. Je connais un vieux délirant qui, s'imaginant être transformé en horloge, balançait les bras avec la régularité d'un pendule et indiquait les heures d'un son rauque, véritable tic rythmé des organes phonateurs.

Torticolis mental et tics divers ne sont donc que l'apanage de la dégénérescence mentale. Ils sont de nature essentiellement récidivante. Ils peuvent se montrer simultanément ou se remplacer chez le même individu. On doit en outre les considérer comme un stigmate plutôt psychique que physique de la dégénérescence. L'état mental de ceux qui en sont porteurs est celui des dégénérés.

M. Lannois (de Lyon) rapporte un cas de torticolis mental chez une jeune fille et dont la cause déterminante était un papillome situé sur le bout du nez et qui fut guéri de son torticolis après l'ablation de la petite tumeur.

M. Meige. — C'est en effet souvent une cause de ce genre qui détermine le torticolis mental, aussi bien que les tics. Comme l'a dit M. Briand il est fréquent de voir récidiver le torticolis mental. Mais ces récidives sont de courte durée et facilement curables par la même suggestion. De plus le torticolis mental s'accompagne parfois de tics de l'épaule et du bras qui sont moins facilement curables que le torticolis.

M. Martin ajoute que son malade présentait en même temps que son torticolis un tic de la face qu'il a présenté aussi plusieurs récidives de son torticolis qui ont été de courte durée et que, comme le dit M. le professeur Brissaud, il a bien pu remarquer que l'amé-

lioration de l'état mental a été précédée de l'amélioration de l'état physique.

M. Briand met en relief le caractère des troubles psychiques des malades atteints de torticolis mental.

M. Meige insiste sur les troubles mentaux chez les dégénérés atteints de torticolis mental. Il assimile cet état psychique à l'état mental des liqueurs. Tous ces malades ont une instabilité psychique remarquable, une versalité extrême dans les idées, en même temps qu'ils offrent un certain degré d'incohérence dans leurs actes. C'est sur cet état mental bien particulier que viennent se greffer des délires quels qu'ils soient, mais ce sont très souvent des dégénérés supérieurs.

M. Dupré rappelle que c'est à M. Magnan que l'on doit la description de l'état particulier des dégénérés. Quelques membres rappellent les travaux de Morel, de Lucas, etc.

Paralysie générale juvénile.

M. Devay. — La paralysie générale survenant chez les jeunes sujets longtemps méconnue, n'est plus contestée. Depuis la première observation de M. Régis, une centaine de cas ont été publiés. J'apporte deux cas nouveaux, dont voici le résumé :

Obs. I. — P.... dix-neuf ans, manœuvre, entre le 30 décembre 1897. Dans les antécédents héréditaires il faut citer l'alcoolisme et la syphilis du père. Pneumonie à cinq ans. Développement normal jusqu'à dix-sept ans. A dix-sept ans, première manifestation de l'affection, qui est méconnue : il commet des vols sans importance, dont il ne tirait aucun bénéfice. Il est condamné à la prison. La même année, en 1895, il est mordu par un chien enragé et envoyé à l'Institut Pasteur, où il subit pendant vingt jours les injections de sérum. Un mois après la cessation du traitement il accuse des douleurs intestinales et de la faiblesse dans les jambes, l'intelligence subit une baisse progressive. D'ouvrier intelligent, il devient un manœuvre.

En décembre 1897, il entre dans le service de M. le professeur Lépine, qui l'envoie à l'Asile avec le diagnostic de paralysie générale.

A l'entrée, état mental. — On constate des lacunes dans la mémoire surtout des faits récents, une diminution marquée de l'intelligence, et du délire de persécution intermittent, il croit qu'on le vole. *Etat physique.* — Tremblement fébrillaire des lèvres, des muscles de la face, de la langue, des extrémités digitales. Inégalité pupillaire. A droite et en mydriase difforme, ne réagit ni à la lumière, ni a l'accomodation. Parole ânonnée. Ecriture tremblée. Faiblesse dans les jambes. Marche difficile. Réflexes rotuliens exa-

gérés. Quelques secousses de trépidation épileptoide. Pas d'atrophie musculaire. Diminution de la force musculaire. Depuis cette époque, aucune modification ne s'est produite. Alternatives de calme et de dépression et quelquefois bouffées délirantes et idées de persécution. C'est un dément qui s'occupe le plus souvent, mais à un travail toujours le même.

Obs. II. — B..., vingt ans, célibataire, sans profession Antécédents héréditaires nuls.

Antécédents personnels. — A trois ans, lésion tuberculeuse de l'articulation tibio-tarsienne qui dure trois ans — et qui laisse de l'atrophie du membre gauche — Education facile — bonne mémoire. A quatorze ans, tuberculose pulmonaire avec hémoptysie. A quinze ans, en même temps que le début de l'amélioration de la phtisie, apparition de troubles de l'intelligence. Diminution de l'attention, accès de colère sans cause, idées mégolomaniaques, veut réussir dans le dessin et n'arrive déjà pas à faire une ligne droite. Les phénomènes intellectuels se sont aggravés depuis cette époque. A vingt ans, à son entrée, voici l'état physique et mental : Tremblement fébrillaire de la langue, des lèvres, des extrémités digitales. Parole lente, ânonnée. Inégalité pupillaire. Troubles de l'écriture. Léger nystagmus, exagération des réflexes rotuliens. Affaiblissement intellectuel, trouble de la mémoire, délire de satisfaction. Accès impulsifs fréquents : crises de larmes ou de gémissements. Mort à la suite d'une poussée aiguë de tuberculose.

Ces deux observations, différentes par leur étiologie, dans l'une, la syphilis héréditaire doit être mise en cause ; dans l'autre, l'infection tuberculeuse, agent causal exceptionnel dans la paralysie générale. Elles se rapprochent l'une de l'autre par la forme démentielle habituellement notée dans la paralysie générale juvénile.

M. Regis. — La paralysie générale juvénile, quoique rare, est plus fréqnente qu'on ne le croyait autrefois.

Il insiste sur ce que ces malades ne présentent pas de délire, mais le plus souvent s'effondrent lentement dans une démence tranquille. Il fait remarquer à M. Devay que certains de ces malades sont un peu trop âgés pour être des P. G. juvéniles et que l'on devrait n'employer ce terme que pour les paralytiques âgés de moins de vingt ans. D'autre part la P. G. juvénile est bien plutôt le résultat de la syphilis héréditaire que de la syphilis acquise.

M. Marchand insiste sur ce fait que la forme démente d'emblée est de beaucoup la plus fréquente dans la P. G. juvénile.

M. Devay a signalé ce cas surtout parce que ses malades ayant contracté la syphilis étant jeunes, sont devenus de très bonne heure après leur infection syphilitique des paralytiques généraux.

MM. Ballet et Brissaud sont persuadés en effet que la paralysie générale, les affections parasyphiliques, de même que les manifestations syphilitiques tertiaires, semblent avoir une tendance à apparaître plus tôt qu'autrefois à la suite de l'infection syphilitique.

Recherches expérimentales et cliniques sur l'hédonal, hynoptique du groupe des uréthanes.

MM. Roubinowitch et Philippet (Paris). — D'une part, des expériences faites au laboratoire de pathologie expérimentale du professeur Chantemesse, à la faculté de médecine de Paris, et, d'autre part, des recherches cliniques poursuivies dans le service du Dr Landrieux, à Lariboisière, nous ont amenés aux constatations suivantes :

1° *En ce qui concerne son action physiologique* : *a*) L'hédonal détermine, aussitôt après l'absorption une hyperthermie de deux à cinq dixièmes de degré; puis, après une période stationnaire, il produit, au contraire, une hypothermie de deux à trois dixièmes de degré, toujours par rapport à la température primitive. Nous croyons que ce fait n'a pas été signalé jusqu'à présent. Il mérite d'autant plus d'attirer l'attention que l'hydrate de chloral, auquel on le compare, abaisse toujours la température, soit immédiatement après l'absorption, soit au réveil.

b) L'hédonal a, relativement au chloral, très peu d'action sur la respiration et la pression sanguine; pour ralentir la première et diminuer la seconde, il faut employer des doses environ dix fois plus fortes du nouvel hynoptique que si on se servait du chloral.

c) La toxicité mortelle de l'hédonal semble être de un gramme par kilogramme d'animal; mais il faut tenir grand compte du mode d'introduction du médicament dans l'organisme, c'est ainsi que nous avons pu, sans déterminer la mort faire à un chien de 9 kilogs, une injection intra-musculaire de 2 gr. 66 par kilogramme, soit 24 grammes d'hédonal en solution huileuse.

d) L'hédonal augmente le taux de l'urée.

2° *En ce qui concerne son action hynoptique*. *a*) L'hédonal, quand il endort, le fait assez rapidement, en moyenne une heure et demie ou deux heures après l'absorption, sans phase préalable d'agitation. Le sommeil produit est calme, il n'est pas de très longue durée, au maximum quatre heures, du moins à la dose de un ou deux grammes; le réveil ne s'accompagne d'aucun malaise.

b) L'action de l'hédonal est plus sûre contre l'insomnie des affections dans lesquelles n'entrent pas d'éléments mentaux; ainsi, un rhumatisant aigu, un tuberculeux, un choréique, un tabétique ont profité de l'action hynoptique de ce médicament, tandis que de tous les aliénés soumis à son action (délirant chronique, hydochondriaque, mélancolique, circulaire) un seul (persécuté hystérique) a eu, grâce à l'hédonal, quelques nuits de sommeil.

En somme, nous avons dans l'hédonal un hypnotique inoffensif. A dose égale, il paraît moins actif que le chloral et le sulfonal. Mais, à cause même de sa faible toxicité, la comparaison ne devrait pas se faire à dose égale, et des expériences ultérieures plus hardies donneraient, sans doute, des résultats plus probants.

Beaucoup de congressistes n'étaient pas sans une certaine inquiétude, au départ, au sujet des séances projetées à Saint-Priest, comme on le voit elles ont été bien remplies. Après la séance de l'après-midi, les congressistes se sont rendus à Saint-Martin et ont fait une promenade des plus attrayantes sur la rive gauche du Taurion, bordé de magnifiques paysages qui ont fait l'admiration de tous. (*A suivre.*)

BIBLIOGRAPHIE.

IX. Thèses de la Faculté de médecine de Bordeaux sur les maladies mentales et nerveuses (1899-1900) ; par le Dr L. de Perry.

1. *L'Équitation, ses effets physiologiques, psychiques et pédagogiques ;* par le Dr A. Monteilh.

L'auteur, par une étude approfondie de la question, est arrivé à prouver que l'équitation a une grande influence sur l'organisme sain. Cet exercice peut avoir une influence utile pour combattre certains états morbides : quelques affections nerveuses trouveraient en elle un adjuvant puissant de la thérapeutique ordinaire.

2. *Les dégénérés hystériques au point de vue médico-légal ;* par le Dr Pareau.

Les dégénérés hystériques sont la plupart du temps bénéficiaires d'ordonnances de non-lieu en raison de leur trouble mental et envoyés dans un asile d'aliénés. De la sorte la société n'est qu'insuffisamment protégée vis-à-vis de ces individus particulièrement dangereux. De l'asile ils sortent facilement en raison de leur lucidité ; de la prison ils sortent trop tôt par suite de la diminution de pénalité dont ils ont bénéficié. Pour sauvegarder la société, vraiment, efficacement, le mieux serait de les placer dans les asiles-

prisons, en soumettant leur sortie aux formalités prévues par la future loi sur les aliénés. En attendant il serait à désirer que ces individus ne puissent sortir des asiles que sur avis conforme et motivé du parquet, prononcé après un nouvel examen médico-légal.

3. *Contribution à l'étude de la dépendance des paralytiques généraux;* par le Dr Philippe Ricard.

Reprenant les travaux du Dr Régis, l'auteur étudie dans une cinquantaine de cas la question importante de la descendance des paralytiques généraux. Cette descendance se caractérise par les particularités suivantes : 1° Multiplicité des fausses-couches et mort-naissances ; fréquence, chez les survivants, des stigmates dystrophiques de l'hérédo-syphilis. Rareté relative, chez eux, de la folie proprement dite, des vésanies.

Ces caractères distinguent donc la descendance des paralytiques généraux de la descendance des vésaniques et de la descendance des alcooliques. Ils la rapprochent au contraire entièrement de la descendance des syphilitiques.

Ces résultats constituent un argument irréfutable en faveur du rôle prépondérant joué par la syphilis dans la production de la paralysie générale : en même temps ils accentuent la différence nosologique qui la sépare de la folie proprement dite.

4. *Nouvelles recherches sur l'Étiologie de la paralysie générale;* par le Dr Gaston Boyer.

L'Étiologie de la paralysie générale offre un intérêt considérable tant au point de vue scientifique qu'au point de vue plus utilitaire, en aidant à diriger le traitement de la maladie par une thérapeutique appropriée, ou en indiquant la prophylaxie de la maladie initiale.

De l'avis de tous les auteurs, la syphilis est une cause principale de la paralysie générale qui apparaît de préférence chez des individus prédisposés par l'hérédité nerveuse ou congestive. La syphilis, en effet, se retrouve presque constamment dans les antécédents des époux paralytiques. Elle débute le plus souvent chez le mari, qui a été le premier contaminé. Quand la femme a été la première syphilisée, c'est elle qui, de préférence, devient première paralytique.

La syphilis est si bien la cause de la paralysie générale qu'elle peut produire cette dernière chez des individus contaminés d'une manière indirecte ou par voie extra-génitale. Dans ce cas, la paralysie apparaît dans les limites de temps ordinaires, qui sont de quelques années après l'infection, quel que soit l'âge du sujet. Elle peut, par exemple, se développer chez des enfants ou des

jeunes gens syphilisés en bas âge, bien qu'elle ne soit pas une maladie de l'enfance. L'auteur fait suivre cette étude de quelques considérations sur le traitement de la syphilis — traitement spécifique habituel — et sur la prophylaxie de la syphilis.

5. *Céphalées et intoxications;* par le Dr André Bouyer, ancien interne des hôpitaux.

La céphalée n'a pas de caractères essentiels suivant l'intoxication qui lui donne naissance. Il y a avant tout des céphalalgiques et non des céphalées. La modalité de la céphalée ne dépend pas directement du poison qui l'engendre, mais de la réaction qu'il provoque sur un système nerveux à impressionnabilité différente, selon les individus.

Parmi les intoxications primitives, causes de la céphalée, il faut distinguer : 1° des intoxications spéciales systématiques (intoxications gastro-intestinales, rénales, hépatiques, etc.); 2° des intoxications générales (diathèse, surmenage, etc.). Parmi les intoxications secondaires, il faut considérer celles qui sont secondaires à des infections (aiguës ou chroniques), et celles qui sont secondaires à des poisons exogènes (oxyde de carbone, alcool, etc.).

L'étude des symptômes, l'analyse du chimisme humoral organique pourront préciser la source toxique. Dès lors, la thérapeutique de la céphalée dans ces états deviendra une thérapeutique pathogénétique et non plus empirique.

6. *Contribution à l'Étude du délire des Inventions;* par le Dr Albert Delarras.

Entre l'inventeur normal et l'inventeur malade existe une transition pour ainsi dire insensible. Il y a là une véritable frontière où vivent des individus intelligents mais déjà porteurs d'une tare et qu'on ne peut classer ni parmi les fous ni parmi les raisonnables.

M. Delarras divise son étude en trois parties : 1° l'obsession pathologique des inventions est une idée fixe, automatique, irrésistible, qui en s'imposant à l'autorité des malades entraîne une lutte qui ne fait qu'accentuer l'angoisse; 2° l'idée fixe est inconsciente et n'est plus reconnue par le malade comme fausse et pathologique; 3° le délire des inventions est l'ensemble des conceptions délirantes ayant pour objet l'invention. Ce délire qui forme un tout bien net, bien complet, se rencontre presque exclusivement chez les dégénérés. Le délire envahit toutes les idées du malade et se traduit par des actes en rapport avec les conceptions délirantes. Le malade peut devenir dangereux par ses vols ou ses crimes.

L'hérédité, soit névropathique, soit alcoolique, est la principale

cause prédisposante. Les phénomènes d'intoxication alcoolique constituent la principale cause occasionnelle.

M. Delarras s'arrête au diagnostic du délire des inventions qui peut souvent être assez difficile; puis après avoir dit un mot du pronostic dont la gravité varie selon l'étiologie et les circonstances, il signale comme seul moyen thérapeutique sérieux l'internement. Enfin pour terminer son étude, l'auteur aborde la délicate question médico-légale soulevée par le délire des inventions.

7. *Le pavillon de l'oreille : valeur de ses anomalies comme stigmates de dégénérescence;* par le Dr Lucas, médecin militaire des colonies.

Les malformations qui pourraient servir à différencier nettement le criminel ou les divers dégénérés, de l'homme normal et sain d'esprit, sont peu nombreuses, car les stigmates physiques peuvent se rencontrer même fréquentes chez cet homme normal. Mais les anomalies du pavillon peuvent acquérir une égale et grande valeur. par leur coïncidence avec d'autres stigmates physiques et psychiqnes de réversion. Ces stigmates nombreux et importants formeront alors un bloc caractéristique rendant évident, indiscutable, l'état dégénératif du sujet observé. Il ne faut donc pas, comme le fait remarquer l'auteur, chercher à tirer une signification absolue de l'observation du seul stigmate de l'oreille : il est indispensable de rechercher tous les autres signes individuels, héréditaires, organiques et mentaux de l'individu avant d'en faire un dégénéré.

8. *Contribution à l'étude de l'amusie et de la localisation des centres musicaux* (9 février 1900); par le Dr Bronislawski.

Pour M. Bronislawski l'amusie est la perte ou la perversion de la faculté musicale sans troubles de l'intelligence ni des organes de la phonation. L'anatomie et la clinique démontrent l'indépendance des troubles de la faculté musicale.

De l'ensemble des faits jusqu'à ce jour connus, il résulte que le siège des lésions en rapport avec l'amusie est : 1° presque toujours dans les parties antérieures de la première et de la deuxième circonvolution temporale gauche pour l'amusie sensorielle ; 2° dans la deuxième circonvolution frontale gauche pour l'amusie motrice ; 3° dans le lobe pariétal gauche pour la lecture de la musique.

9. *Psychologie de l'expertise médico-légale* (février 1900); par le Dr Betoulières.

La caractéristique d'une expertise médico-légale est l'intervention des procédés scientifiques et médicaux, dans une affaire

judiciaire. Or, pour apporter une solution à un problème de responsabilité, une réponse à une tentative de meurtre ou d'empoisonnement, il ne suffit pas d'être un bon praticien, il faut également posséder à fond les sciences accessoires qui expliquent et justifient les données de la pathologie. C'est surtout dans les questions de responsabilité qu'un aliéniste est nécessaire, car lui seul peut trancher les énormes difficultés qui jaillissent à chaque instant au cours d'une expertise.

Pour obtenir des expertises ayant toutes les garanties de sécurité, M. Betoulières réclame la spécialisation des études médico-légales. Enfin, durant l'expertise, l'adjonction au médecin-expert d'un autre docteur sera utile, car la collaboration apporte des facilités d'exécution, une somme de connaissances plus étendues, plus de soins et de précision dans les recherches.

10. *Essai sur la pathogénie du suicide* (2 février 1900); par le Dr Reboul.

11. *La sensibilité oculaire à la pression et ses modifications dans le tabes* (avril 1900) ; par le Dr Le Merle.

L'auteur, après avoir passé en revue l'anatomie topographique du globe oculaire et l'innervation de l'œil, étudie ensuite la sensibilité oculaire à la pression, ses caractères normaux et son interprétation physiologique.

Des observations cliniques rapportées par M. Le Merle, et classées en groupes différents — selon que cette sensibilité a été, ou absente, ou exagérée, ou diminuée, ou abolie, — il résulte que la sensibilité oculaire à la pression peut être modifiée dans des maladies d'ordre plus général, en particulier dans le tabes. Ces modifications sont : 1° l'augmentation qui constitue l'*hyperalgésie oculaire à la pression ;* 2° la diminution ou *hypoalgésie oculaire à la pression ;* 3° l'abolition ou *analgésie à la pression.*

Si l'hyperalgésie est rare, l'analgésie est plus fréquente, car on la rencontre dans un peu plus de la moitié des cas à toutes les périodes du *tabes.* Cette analgésie, qui est de recherche facile, pourra servir à éclairer les cas douteux.

L'interprétation pathogénétique de cette analgésie reste hypothétique : on peut en rechercher la cause dans des *névrites ciliaires*, analogues aux névrites viscérales, d'ordre sympathique du tabes.

12. *Le délire d'auto-accusation* (étude médico-légale) ; par le Dr Pierre Oudard, médecin de la Marine.

Le délire d'auto-accusation, consistant à s'accuser soi-même diffère du délire de culpabilité en ce que le malade, dans ce cas,

se voit coupable, sans pour cela s'accuser toujours, tandis que dans le délire d'auto-accusation, le malade s'accuse sans se croire toujours coupable. Ce délire d'auto-accusation s'observe surtout dans la mélancolie, les dégénérescence, l'alcoolisme, l'hystérie.

L'auteur abordant le côté médico-légal — point le plus intéressant de son étude — admet les divisions proposées par M. Régis : 1° cas où un individu s'accuse d'un crime inexistant ; 2° cas où un individu s'accuse d'un crime réel, mais que de toute évidence il ne peut avoir commis ; 3° cas où un individu s'accuse d'un crime réel et qui peut parfaitement lui être imputé ; 4° cas où un individu s'accuse d'un délit qu'il a commis en le grossissant démesurément.

Ces auto-accusations délirantes, qu'elles s'accompagnent ou non d'examen médico-légal, aboutissent presque constamment soit à l'internement, soit à la mise en liberté par non-lieu.

Enfin, M. Oudard se demande si l'auto-accusateur, une fois reconnu aliéné, doit être interné ? *Oui*, s'il a réellement commis un délit ou un crime, et surtout si, l'ayant commis ou non, il reste délirant et susceptible d'être dangereux ; *non*, si son méfait a été purement imaginaire et si son délire n'a été que de courte durée.

13. *La paralysie générale chez les religieux* (contribution à l'étude de l'étiologie de la paralysie générale) ; par le Dr A. Cabourdou.

L'étiologie de la paralysie générale reste encore discutée et controversée. Les deux causes surtout incriminées sont l'alcoolisme et la syphilis. Longtemps niée, l'influence de la syphilis apparaît de jour en jour plus prépondérante, car elle tend à être considérée comme le facteur essentiel de la maladie.

Afin d'éclairer cette étiologie, l'auteur a étudié spécialement la paralysie générale chez les religieux. De son enquête, il apparaît qu'on ne rencontre qu'un seul cas de paralysie générale sur 50 aliénés, encore ne s'agit-il que des religieux hommes, car chez les religieuses, la paralysie générale est totalement inconnue.

La rareté de la paralysie générale chez les religieux ne tient qu'à la rareté chez eux de la cause vraiment efficiente de la paralysie générale : la syphilis. L'existence de la syphilis dans plusieurs cas de paralysie générale chez les religieux, où on a pu la rechercher suffisamment, vient à l'appui de cette opinion.

14. *De la paralysie générale simple, démente ou sans délire ;* par le Dr Duffou, médecin de la Marine.

Il existe réellement une paralysie générale simple, démente ou sans délire. Du grand nombre d'observations rapportées par l'auteur, il ressort que cette forme de paralysie générale est très fréquente, car on la rencontre non seulement dans les asiles, plus

particulièrement dans les sections destinées aux femmes, mais encore et surtout en dehors des asiles.

Pour M. Duffou, la paralysie générale sans délire constitue la forme type de la maladie. Quant à la démence elle existe toujours à un degré plus ou moins marqué, sans être cependant globale et absolue dès le début.

15. *Les délires systématisés secondaires. Etude psychologique, pathogénétique et clinique;* par le Dr Louis Proust, ex-interne de l'asile des aliénés du Gers.

Entre les délires systématisés primitifs et les délires systématisés secondaires, il existe des différences cliniques importantes. Ces différences portent : 1° sur la plus grande partie des symptômes morbides, les illusions, les hallucinations, l'explication délirante, les idées de grandeur ; 2° sur les manifestations de la vie consciente de l'individu, c'est-à-dire sur la mémoire, la volonté, le raisonnement, l'attention, etc. Ces différences symptomatologiques sont explicables par l'affaiblissement de la conscience, conséquence même de la psycho-névrose.

Les délires systématisés secondaires se rapprocheront d'autant plus des délires primitifs que l'altération de la conscience aura été moindre. Mais, poussée à un degré suffisant, cette altération aboutira logiquement aux délires systématisés secondaires de négation et d'énormité.

16. *Histoire médicale de* J.-Jacques Rousseau ; par le Dr Georges Sibiril, médecin de la Marine.

L'auteur admettant les conclusions du Dr Régis, fait de J.-Jacques Rousseau un artério-scléreux et un neurasthénique.

17. *De l'onirocritie comitiale : les rêves chez les épileptiques ;* par le Dr Fournié.

VARIA.

Les aliénés en liberté.

Un jeune homme du village de Colombières-sur-Orb, pris d'un accès subit de *folie furieuse*, tira plusieurs coups de revolver sur des passants, blessant grièvement une femme de la localité. Le

maire manda aussitôt la gendarmerie. On usa cependant de prudence pour arrêter ce fou furieux, et cette arrestation ne fut pas sans difficulté. On vint pourtant à bout de lui et, solidement garrotté, il fut amené à la gare pàr trois hommes vigoureux qui avaient mission de le conduire à l'asile de Saint-Pons.

Sur le quai de la gare, le malheureux dément demanda à manger. On crut sa crise calmée, et on lui délia les mains; mais aussitôt, il sortit un rasoir de sa poche et en porta un terrible coup à la tête d'un des hommes qui l'accompagnaient. Les deux autres se portaient au secours de leur collègue, mais l'un d'eux fut encore mis dans un état pitoyable par le fou, brandissant toujours son rasoir ensanglanté.

On juge de la panique dont furent pris les témoins de ce drame épouvantable. Le troisième gardien, armé d'un fusil, tira à bout portant sur le fou, qui s'abattit. L'un des blessés a été transporté à l'hôpital de Bédarieux. Son état serait grave. On s'accorde à dire que le dément était alcoolique. (*Journal*, 23 mars 1901.)

Terrible drame de la folie. — Un père qui tue son enfant et se suicide. — Le nommé Bouchet, propriétaire à Rochepaul, donnait, *depuis quelque temps*, des signes d'aliénation mentale. Mais comme il était de son naturel très doux, sa famille n'avait pas cru devoir le faire interner dans une maison de santé. Hier après-midi, pendant que sa femme était absente, Bouchet prit son jeune enfant, âgé de cinq ans, et se dirigea vers les bords de la rivière. Après avoir erré quelque temps, il saisit l'enfant par les pieds, lui écrasa la tête contre un rocher et le jeta ensuite dans la rivière. Son crime accompli, Bouchet se précipita à son tour dans le vide et vint s'écraser sur les rochers formant le lit de la rivière. (*Echo de Paris*, 23 mars 1901.)

— Boulevard des Batignolles, la dame Jules M..., atteinte de *troubles cérébraux*, a mélangé à du thé une infusion de pavots et a empoisonné son mari et ses enfants en s'empoisonnant elle-même. Elle a été arrêtée. On l'a sauvée ainsi que son mari et ses enfants. (*Le Bonhomme Normand* du 19 au 25 avril 1901.)

Frappé de folie. — Un ancien conseiller municipal du quartier de la Roquette, M. Marius Fourest, a été interné, hier soir, à Sainte-Anne. Le malheureux, qui donnait *depuis quelque temps* des signes de dérangement cérébral, vient d'être frappé d'aliénation mentale. M. Fourest demeurait avenue Parmentier. Hier matin il se mit à pousser des cris terribles. Sa femme, épouvantée, alla vers lui pour le calmer, mais elle ne put y parvenir. Elle sortit alors pour prévenir le concierge qui alla avertir le commissaire de police. Bientôt des agents arrivèrent et mirent le pauvre fou en

voiture pour le conduire à l'infirmerie spéciale du Dépôt, d'où il fut transféré à l'hospice Sainte-Anne dans la soirée.

M. Fourest est né à Chomerac (Ardèche) en 1856. Il a, par conséquent, quarante-cinq ans. Fils d'un maréchal ferrant, il suivit jusqu'à l'âge de douze ans les cours de l'école communale. Plus tard, il entra à l'Ecole vétérinaire d'Alfort et reçut son diplôme. Il était, depuis plusieurs années, vétérinaire à la Compagnie des Petites voitures, lorsqu'il se présenta avec succès dans le XIe arrondissement, contre M. Longuet. Il exerça pendant longtemps les fonctions de secrétaire du Conseil général de la Seine et s'appliqua, notamment, à combattre la propagation de la tuberculose en faisant voter, par ses collègues, des mesures relatives à la rigoureuse inspection des viandes livrées à la consommation publique. (Le *Temps*, 1er avril.)

Tous ces faits, contrairement à une thèse néfaste soutenue dans quelques journaux politiques, montrent la nécesssité, qui s'impose, au point de vue de la sécurité publique et dans l'intérêt direct des malades aliénés, de l'*internement*, dès que l'on a constaté les *premiers signes de la folie*.

— La femme Reynier, habitant Pau (Basses-Pyrénées), a, dans un accès de folie, tué son fils et ses deux filles, et elle s'est ensuite suicidée (*Bonhomme Normand*, avril). — En présence de tels faits, il y a encore des médecins qui réclament la liberté pour les aliénés et protestent contre leur *internement* aussi rapide que possible après les premiers signes d'aliénation !

— A Nouvoitou (Ille-et-Vilaine), le fils Legall, ancien instituteur adjoint, récemment sorti d'un asile d'aliénés, a essayé d'étrangler sa mère. Son père intervenant, il le renversa et lui fracassa le crâne. Il a été arrêté. (Le *Bonhomme Normand*, 3 mai.)

Un épouvantable drame s'est déroulé hier, au Monastier, petite commune de l'arrondissement de Marvejols, dit le *Temps* du 26 mai. Le sieur Cahuzac, âgé de trente-trois ans, journalier, pris subitement de folie furieuse, s'est armé d'une hache et s'est précipité sur les membres de sa famille. Ceux-ci, couverts de blessures, n'ont dû leur salut qu'à la fuite. Sortant à leur suite, dans le village, toujours armé de son terrible instrument, le fou s'est rué sur la foule accourue aux cris des blessés et a fait d'autres victimes. Les habitants ont dû se barricader dans leurs maisons. La gendarmerie prévenue n'a pu se rendre maître de Cahuzac qu'après deux heures de lutte acharnée et au prix des plus grands dangers. Les blessés sont au nombre de sept dont quatre grièvement.

Le nomme Bardet, soixante-deux ans, cultivateur à Villedomer (Indre-et-Loire), *qui ne jouissait pas de ses facultés mentales, s'est suicidé* d'une singulière façon. Le malheureux s'était attaché une grosse corde au cou, puis avait fixé cette dernière à l'arrière de sa voiture et s'est laissé traîner sur un parcours de 500 mètres. Quand on vint arrêter le cheval, Bardet avait cessé de vivre. (*Bonhomme normand*, 31 mai 1901.)

— Sous ce titre : « *Drame de la folie* », l'*Echo de Paris* du 8 juin, publie une dépêche de Langres ainsi conçue : Un drame de la folie vient de se produire à Saulles. Le nommé Royer donnait, depuis quelque temps, des signes d'aliénation mentale. Comme il revenait des champs, hier, portant un croc, il s'approcha soudain de M. Pierre Clément et lui donna un grand coup de son outil dans la poitrine. M. Clément a le poumon perforé et sa vie est en danger. Le meurtrier a été arrêté et conduit dans une maison de santé.

L'alcoolisme a Vienne.

Le tableau suivant donne une idée du nombre de malades alcooliques dans la période qui va de 1885 à 1900 ; d'autre part le relevé du nombre de malades enfermés dans les asiles d'aliénés et la proportion d'alcooliques.

EN L'ANNÉE	NOMBRE TOTAL des aliénés internés.		MALADES alcooliques.		PROPORTION des alcooliques.	
	Hommes.	Femmes.	Hommes.	Femmes.	Hommes.	Femmes.
1885.	457	278	113	2	24.7	0,7
1886.	497	298	144	11	28,9	3,6
1887.	526	289	182	15	34,6	5,1
1888.	516	314	154	9	29,8	2,8
1889.	549	355	143	10	26	2,8
1890.	570	317	148	8	25,9	2,5
1891.	611	381	151	6	24,7	1,5
1892.	480	338	141	10	29,3	2,9
1893.	547	305	178	7	32,5	2,2
1894.	591	315	237	12	40.1	3,8
1895.	674	350	272	13	40,3	3.7
1896.	804	379	280	14	34,8	3,6
1897.	613	342	160	13	26,1	3,8
1898.	643	392	192	12	29,8	3
1899.	709	463	193	21	27,2	4,5
1900.	751	457	189	20	25,1	4,3

Drames de l'alcoolisme

Contrairement à l'opinion émise par certains de nos hommes politiques qui prétendent que, pour bien travailler, l'ouvrier normand doit absorber une certaine quantité d'alcool, voici une déclaration adressée par les 69 médecins du Finistère à leurs compatriotes : Nous soussignés, résidant dans le département du Finistère : Considérant que l'alcool porte des atteintes de plus en plus graves aux forces vitales de la France, et se révèle comme l'ennemi le plus dangereux que notre pays ait encore rencontré : — Considérant que les ravages causés par l'alcoolisme menacent l'existence même de la patrie française ;

Ne pouvant rester spectateurs inpassibles d'un fléau, dont plus que personne nous pouvons scruter les profondeurs, et qui menace de destruction prochaine notre race tout entière : Tenons à l'honneur de prendre hautement parti pour les généreux citoyens qui ont déclaré à l'alcool une guerre sans merci, et tant pour éclairer les pouvoirs publics que pour prévenir nos concitoyens des dangers qu'ils courent : Parlant au nom de l'hygiène, de la santé publique et de l'intérêt national;

Nous déclarons publiquement : L'alcool, sous toutes ses formes, est un poison. L'alcool ne soutient ni ne réchauffe : c'est un excitant dangereux, qui dégrade tous les organes, les affaiblit, les rend incapables de résister efficacement aux atteintes de maladies légères. L'alcool est la cause directe d'un grand nombre d'affections mortelles. L'usage habituel de l'alcool, même à doses modérées peut conduire à l'alcoolisme.

L'alcoolisme attaque le buveur non seulement dans sa personne, mais dans sa postérité. L'usage habituel des apéritifs, et particulièrement de l'absinthe, est la cause de l'affaiblissement progressif de la santé même chez les personnes qui ne se sont jamais enivrées, conduit à une vieillesse prématurée et abrège l'existence.

L'usage habituel des apéritifs et de l'alcool (même à doses non énivrantes), facilite l'invasion de la tuberculose et de la phtisie pulmonaire. L'alcool est la cause directe et immédiate de la plus grande partie des accidents observés sur les chantiers de travailleurs et dans la navigation à laquelle se livrent les pêcheurs de nos côtes. L'alcool en multipliant dans la classe ouvrière les journées de chômage, facilite l'invasion des travailleurs étrangers et porte atteinte à la richesse nationale. L'alcool remplit d'aliénés les asiles publics. L'alcool est la cause de plus de la moitié des crimes et des délits contre les personnes. L'alcool remplit de criminels les prisons et les établissements pénitentiaires. L'alcool atteint le pays dans sa grandeur morale : il obscurcit les consciences en même temps qu'il diminue nos forces.

Comme corollaire de ces vérités que nul ne peut contester, nous adressons aux pouvoirs publics, tant civils que militaires, un respectueux mais énergique appel, les sollicitant, par tous les moyens en leur pouvoir, de mettre un terme à l'invasion du pays de l'alcool et de s'opposer à la dégénérescence nationale et prochaine si des mesures efficaces ne sont pas bientôt prises. Nous adressons à nos compatriotes les plus chaleureuses, les plus pressantes, les plus patriotiques exhortations les suppliant, s'ils veulent que la France reste Grande et que leurs fils restent français, de se garder de l'alcool et des apéritifs comme du plus dangereux de tous ses ennemis.

Un drame à Orléans. — Notre correspondant d'Orléans nous écrit : Un sieur Farges, coiffeur à Orléans, a eu hier une discussion avec sa femme, discussion à la suite de laquelle Mme Farges descendit dans la boutique pour se recoiffer devant une glace. Son mari l'y suivit et, avant même que les garçons qui se trouvaient dans la boutique eussent remarqué sa présence, il avait saisi sa femme par les cheveux et lui donnait un coup de rasoir d'une violence telle que l'instrument se cassait contre la colonne vertébrale. La mort a été instantanée. Son crime accompli, Farges prit la fuite avant que ses garçons fussent revenus de leur stupeur. Lorsque ceux-ci voulurent courir après lui, il avait disparu.

La police et le parquet se sont transportés sur les lieux pour faire les constatations. La police se mit aussitôt à la recherche de l'assassin, que les agents découvrirent, deux heures plus tard, dans un débit de tabac de la rue de Bourgogne. Farges fut aussitôt conduit au commissariat central, où il a passé la nuit. Il a été écroué ce matin à la maison d'arrêt. Après son arrestation, Farges a manifesté tantôt du chagrin en pleurant, tantôt de l'inconscience en plaisantant. Cet individu est un alcoolique, qui a déjà été condamné pour coups portés à sa femme. (Le *Temps*, du 6 décembre 1900.)

— A Chateau (Saône-et-Loire), le nommé Carjat, *un alcoolique*, a jeté sa mère dans un puits, puis a essayé de se faire sauter la cervelle. Il n'a réussi qu'à se faire une horrible blessure. (Le *Bonhomme Normand*, du 11 au 17 janvier 1901.)

— Dans un café du Kremlin à Bicêtre, Pierre Callot, quarante ans, carrier, paria qu'il boirait, coup sur coup, vingt-cinq absinthes. A la quinzième, il est tombé mort. (Le *Bonhomme Normand*, du 11 au 17 janvier 1901.)

— Emile Frogier, trente-six ans, ouvrier fumiste, abandonné par sa femme, se livrait à la boisson. Etant gris, il a tiré plusieurs coups de revolver sur le portrait de sa femme. Puis, convaincu

qu'il venait de commettre un assassinat, il s'est logé une balle dans la poitrine. Son état est très grave. (*Bonhomme Normand*, 31 janvier 1901.)

— La veuve Antoine, née Clémentine Auger, journalière à Fierville-la-Campagne, canton de Bretteville-sur-Laize, s'adonnait à la boisson. Samedi, on l'a trouvée morte chez elle. Elle avait succombé à une congestion déterminée par ses libations de la veille. (Le *Bonhomme Normand*, 7 février 1901.)

— A Frontenex (Savoie), un italien s'endormit près de son feu après avoir bu plus que de raison. Pendant son sommeil, il renversa une bouteille d'alcool qu'il avait laissée débouchée devant lui et qui tomba dans le feu. Le liquide s'enflamma et se répandit sur les vêtements de l'ivrogne qui ne tardèrent pas à entrer en combustion. La malheureuse victime et de son ivresse et de son imprudence a été littéralement réduite à l'état de charbon sanguinolent et a expiré dans d'atroces souffrances. (Le *Bonhomme Normand*, du 28 décembre 1900 au 1er janvier 1901.)

Suicides. — Le sieur Alcide Cointre, quarante-neuf ans, bûcheron à Saint-Hymer, s'est pendu dans un fournil, au Torquesne, près Blangy-le-Château. L'abus de l'alcool avait détraqué le cerveau du malheureux. (Le *Bonhomme normand* du 29 mars 1901.)

FAITS DIVERS.

Asiles d'aliénés. — *Nominations et promotions* (juillet) : M. Gex, directeur de l'asile d'aliénés de Saint-Robert (Isère), promu à la 1re classe du cadre ; M. le Dr Dodero, médecin adjoint à Saint-Ylie, promu à la 1re classe du cadre.

Distinctions honorifiques. — Ont été nommés *chevalier de la Légion d'honneur :* M. le Dr Garnier, médecin en chef, directeur de l'asile d'aliénés de Dijon ; — M. Balet, directeur de l'asile d'aliénés de Ville-Evrard.

Asile d'aliénés de Naugeat (Haute-Vienne). — Un poste d'interne en médecine est vacant dans cet asile. Traitement argent 800 francs ; logement, nourriture et blanchissage. S'adresser à M. le Dr Doursout, médecin-directeur de l'asile.

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

Evreux, Ch. Hérissey, imp. — 9-1901.

Vol. XII. Octobre 1901. N° 70.

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

PHYSIOLOGIE.

Note relative à l'étude des effets physiologiques de la rachicocaïnisation et de la fonction lombaire ;

Par MM. A. PITRES et J. ABADIE (de Bordeaux).

On a signalé et décrit, après les injections de cocaïne dans le cul-de-sac sous-arachnoïdien lombaire, divers phénomènes dont le plus important, l'analgésie des parties inférieures du corps, constitue aujourd'hui une façon élégante d'anesthésie chirurgicale et un mode de traitement de quelques douleurs d'origine radiculo-médullaire. Nous avons eu, pour notre part, l'occasion de pratiquer, à plusieurs reprises, de semblables injections intra-rachidiennes. Indépendamment des renseignements diagnostiques ou des résultats thérapeutiques que nous avons obtenus, nous avons pu étudier quelques-uns des phénomènes dus à l'action directe de la cocaïne sur les éléments nerveux. C'est le résumé de nos observations que nous nous proposons de faire ici.

Nos recherches ont porté sur une cinquantaine de cas environ : dans chacun d'eux, nous nous sommes servis d'une solution parfaitement stérilisée de cocaïne à 2 p. 100 et nous avons injecté chaque fois un demi à deux centimètres cubes de cette solution. Les quelques phénomènes, étudiés spécialement dans nos expériences sont de plusieurs ordres.

Phénomènes d'ordre sensitif. — 1° Nous avons déjà établi que l'analgésie consécutive à l'injection sous-arachnoïdienne lombaire de cocaïne n'est pas due, comme le pensaient cer-

tains auteurs, à une action directe de la cocaïne sur la moelle, et à une modification fonctionnelle consécutive de cette dernière, mais bien à une altération de la conductibilité des racines sensitives. Dans la rachicocaïnisation, la cocaïne agit en imprégnant les racines postérieures, irrégulièrement et inégalement atteintes par l'injection poussée à des niveaux et à des profondeurs variables d'un cas à l'autre, tantôt au centre, tantôt à la périphérie du faisceau des radicelles lombo-sacrées, dont le groupement forme la queue de cheval. Aussi n'est-il pas étonnant de voir l'analgésie débuter, tantôt par la région périnéo-scrotale, tantôt par une région quelconque des cuisses, des pieds ou des jambes et envahir, de proche en proche, les parties voisines jusqu'à confluence des îlots analgésiques primitifs. Ces premières conclusions cliniques ont été déjà publiées dans une note communiquée à la Société de biologie, dans sa séance du 25 mai 1901. Elles confirment pleinement les recherches expérimentales faites sur le même sujet par MM. Tuffier et Hallion ;

2° L'analgésie s'installe progressivement et non d'emblée. Il existe d'abord de l'hypoalgésie légère qui augmente ensuite et devient enfin analgésie. De même, quand la sensibilité reparaît, à l'analgésie complète succède de l'hypoalgésie de plus en plus légère jusqu'au retour intégral de la sensibilité ;

3° La sensibilité cutanée à la douleur (pinçement, piqûre), disparaît la première. La sensibilité cutanée à la température s'abolit ensuite. Enfin la sensibilité à la pression est perdue. Le pincement, la piqûre, la pression sont longtemps perçus comme tels puis comme sensations de contact. Le chaud, le froid sont d'abord mal sentis, ensuite confondus ou pris l'un pour l'autre, enfin incapables de provoquer autre chose qu'une sensation de contact. L'évaluation des différences de poids placés sur les régions analgésiées donne lieu d'abord à des erreurs grossières, puis totalement impossible : le malade ne distingue pas des différences de plusieurs kilogrammes, et n'accuse qu'une sensation de contact ;

4° La sensibilité au contact persiste en effet la dernière : elle peut même ne jamais disparaître complètement, il existe alors une véritable dissociation syringomyélique. Le malade sent et reconnaît le contact de corps de natures très

différentes : brindilles d'ouate, main, velours, métal, corps gras, liquides quelconques, eau, alcool, huile. L'évaporation de l'éther répandu sur la peau analgésique donne lieu à une sensation de chaleur. Le contact du chloroforme n'est pas perçu et parfaitement toléré ;

5° La sensation de chatouillement de la plante des pieds est perçue pendant longtemps comme sensation de chatouillement, mais elle ne provoque plus de mouvements réflexes. Elle peut même persister pendant toute la durée de l'analgésie ; — 6° Pendant l'hypoalgésie envahissante du début, on peut observer une erreur manifeste de localisation des sensations (piqûre ou pincement). Dans l'analgésie complète, les sensations de contact sont de même quelquefois mal localisées ;

7° La sensibilité cutanée au contact reparaît la première, puis apparaissent successivement la sensibilité à la pression, la sensibilité thermique, les sensations de chatouillement, la sensibilité à la douleur, c'est-à-dire dans l'ordre inverse de leur disparition ; — 8° Chez quatre de nos malades qui, avani toute injection de cocaïne, possédaient une sensibilité électrique parfaite, nous avons vu cette sensibilité s'abolir : les courants intenses n'étaient nullement sentis, alors qu'ils provoquaient de très violentes contractions musculaires ;

9° La sensibilité profonde s'abolit au fur et à mesure de l'installation de l'analgésie cutanée. Quand celle-ci est complète, la pression énergique des muscles, la percussion forte des os, le tiraillement même brutal des articulations ne provoque pas la moindre douleur ; — 10° La notion de position des membres est en général conservée. Nous l'avons vue s'abolir cependant chez un tabétique, qui, avant l'injection, n'avait aucun trouble du sens des attitudes ;

11° Les sensibilités viscérales profondes (testiculaire, épigastrique) peuvent ne jamais s'abolir. Même dans les analgésies remontant jusqu'aux épaules, la sensibilité épigastrique profonde s'affaiblit mais ne disparaît point totalement. La sensibilité testiculaire à la pression peut persister dans une analgésie dépassant l'ombilic : dans un cas, le froissement du testicule restait douloureux, alors que le cordon spermatique avait perdu toute sensibilité au pincement et à la pression.

Modifications des réflexes. — 1° L'abolition des réflexes

cutanés est la règle dans toutes les régions analgésiées. L'ordre de cette abolition suit exactement l'envahissement des zones analgésiques et suivant que la racine des cuisses et la région périnéo-scrotale, l'abdomen, ou la plante des pieds sera d'abord insensible, on verra s'abolir respectivement le réflexe crémastérien, les réflexes abdominaux ou le réflexe plantaire. Ils reparaissent dans le même ordre que la sensibilité cutanée, avec laquelle ils semblent étroitement liés. Cependant dans deux cas, nous avons noté une conservation intégrale des réflexes abdominaux supérieurs et inférieurs et des réflexes testiculaires avec une abolition complète de la sensibilité douloureuse des régions des cuisses ou de l'abdomen excitées et perte incomplète de la sensibilité au contact de ces mêmes régions ;

2° Nous avons constaté dans un cas la conservation du réflexe pupillaire à la douleur par pression d'une région pathologiquement douloureuse mais analgésiée complètement par une injection lombaire de cocaïne. Il s'agissait d'une femme atteinte de lésions annexielles (hémato-salpynx droit avec ovarite scléro-kystique) chez laquelle le toucher vaginal était extrêmement douloureux. Pendant la rachicocaïnisation, on put pratiquer le toucher et explorer tout à l'envi les organes génitaux internes sans provoquer la moindre souffrance, mais la pression de l'utérus ou des annexes droites faisait apparaître chaque fois une dilatation pupillaire très manifeste ;

3° Les réflexes tendineux (rotuliens et achilléens) sont toujours modifiés par l'injection sous-arachnoïdienne lombaire de cocaïne. Exception doit être faite seulement pour tous les cas de tabès, dans lesquels les réflexes rotuliens et achilléens, abolis avant l'injection, sont toujours restés nuls pendant toute la durée de la cocaïnisation;

4° Les modifications imprimées aux réflexes tendineux par la rachicocaïnisation varient suivant l'état antérieur de ces réflexes. Si les réflexes sont normaux, ils s'exagèrent pendant l'action de la cocaïne : cette exagération est progressive, quelquefois précédée d'une courte période de diminution, elle atteint son maximum au moment de la plus grande extension de l'analgésie ; elle diminue progressivement et les réflexes reprennent insensiblement leurs caractères normaux antérieurs. Si, au contraire, les réflexes sont

exagérés avant l'action de la cocaïne, on observe alors une diminution progressive qui peut aller jusqu'à l'abolition complète ; abolition et diminution ne sont encore que transitoires et les réflexes retrouvent à la fin de la cocaïnisation leurs caractères antérieurs d'exagération. Enfin si les réflexes sont faibles, on les voit graduellement diminuer, s'abolir même quelquefois, puis revenir lentement à leur état primitif et reprendre leurs caractères antérieurs de faiblesse. Ces lois nous ont paru à peu près constantes : les observations contradictoires étant en très petit nombre.

Troubles des sphincters. — Avec les doses modérées de cocaïne que nous avons employées, nous n'avons jamais observé de troubles des sphincters. Dans aucune de nos observations, il n'a été signalé d'incontinence d'urine. Chez aucun malade, on n'a constaté d'incontinence des matières fécales, même dans l'effort. Une seule fois, nous avons pu noter l'émission de quelques gaz par l'anus, à l'occasion d'efforts de vomissements, et encore s'agissait-il d'un malade atteint de paraplégie spasmodique et ayant présenté à plusieurs reprises durant sa maladie de l'incontinence fécale.

Érections. — Dix-sept fois notre attention s'est portée sur la possibilité d'érections pendant la rachicocaïnisation. Sur ces dix-sept malades, six ont présenté des modifications de volume de la verge. Ce n'était le plus souvent qu'une légère turgescence ; jamais l'érection n'a été complète. Dans un cas où elle fut plus intense, on vit s'écouler lentement par le méat quelques gouttes de liquide blanc très transparent, onctueux, filant : ce liquide, soumis à l'examen microscopique, ne présentait aucune trace de spermatozoïde.

La turgescence de la verge ainsi observée peut se produire et disparaître à plusieurs reprises dans le cours de la cocaïnisation. Elle se montre d'habitude quand l'analgerie a envahi déjà les membres inférieurs et le tronc ; elle a pu se montrer cependant avec l'installation complète de l'analgésie cutanée, elle n'accompagnait alors d'analgésie manifeste de la région périnéo-scrotale et du pénis.

Phénomènes d'ordre moteur. — 1° Chez un très grand nombre de nos malades, les deux tiers environ, nous avons vu survenir, pendant la rachicocaïnisation de la trépidation épileptoïde. Cette trépidation s'est montrée tantôt à un pied

seul, tantôt aux deux pieds, tantôt aux rotules à l'exclusion des pieds, tantôt enfin aux pieds et aux rotules à la fois. Elle consistait dans certains cas en quelques secousses trépidatoires facilement provoquées mais vite disparues; dans certains autres, elle était intense et persistente, analogue aux plus fortes trépidations spasmodiques. Il nous a été difficile d'établir, d'après les données que nous possédions, les relations de cette trépidation épileptoïde avec les autres phénomènes dûs à l'action de la cocaïne. Nous pouvons affirmer cependant qu'elle n'affecte aucun rapport direct avec l'état des réflexes tendineux : elle n'accompagne pas en particulier l'exagération de ces réflexes; elle peut même se montrer, alors qu'ils sont failles ou nuls. Elle paraît au contraire affecter des relations plus étroites avec l'état général du malade ; on la voit souvent en effet précéder immédiatement l'état nauséeux, disparaître avec les vomissements et réapparaître avec eux ; elle persiste rarement après les dernières nausées ; 2° Indépendamment de la trépidation épileptique, on peut observer aussi du tremblement trépidatoire des membres inférieurs, tantôt localisé à un seul, tantôt étendu aux deux. Il peut-être continuel et persister même dans la station debout ; il peut être intermittent et les crises sont provoquées alors par le moindre mouvement du malade. Enfin il peut gagner le tronc, les membres supérieurs et se généraliser à tout le corps. Il est à remarquer que les malades chez lesquels ont apparu ces phénomènes de tremblement trépidatoire étaient tous des hystériques ; 3° Nous avons noté trois fois l'installation d'une contracture passagère, affectant soit un membre seul, soit les deux membres inférieurs. Cette contracture a consisté deux fois en une raideur articulaire plus ou moins accentuée, mais elle a pu prendre aussi la forme tétanique et immobiliser pendant plusieurs minutes les membres dans une extension forcée impossible à vaincre. Elle est survenue suivant les cas avec l'exagération des réflexes, avec l'état nauséeux, elle a suivi enfin la trépidation épileptoïde; 4° Dans une observation, il est noté l'apparition de mouvements fibrillaires dans les muscles des membres inférieurs, surtout apparents aux muscles du mollet. Ces mouvements n'ont duré que quelques minutes ; 5° Au début de la rachicocaïne et après l'installation de l'analgésie, le malade se plaint de ne pouvoir remuer

ses jambes engourdies. Mais il est cependant capable d'exécuter, quoique plus lentement, tous les mouvements volontaires ; 6° Dans tous les cas où elle a été recherchée, la force de résistance des membres inférieurs est restée indemne pendant toute la durée de la cocaïnisation; 7° La station debout a toujours été possible. Nous n'avons jamais pu observer de signe de Romberg. Chez deux tabétiques dépourvus de ce symptôme, et cocaïnisés à plusieurs reprises pour leurs douleurs fulgurantes, la rachicocaïnisation ne l'a jamais fait apparaître, même temporairement ; 8° Nous n'avons jamais observé non plus chez nos malades d'incoordination motrice des membres inférieurs. Les deux tabétiques précédents qui, à l'état normal ne présentaient aucune trace d'ataxie, n'en ont pas eu davantage sous l'influence de la cocaïne; 9° La marche a toujours été possible chez nos malades. Elle était néanmoins un peu difficile, hésitante parfois, en raison de la lourdeur des jambes, disaient les malades ; 10° Dans quelques cas, les malades ont présenté une véritable titubation pendant la marche. Mais tous ces malades étaient en proie à un état nauséeux très intense.

Phénomènes vaso-moteurs. — 1° Pendant la rachicocaïnisation, nous n'avons jamais noté de changement de coloration des téguments dans les zones analgésiques; 2° Nous n'avons jamais remarqué non plus de refroidissement des téguments de ces mêmes zones appréciable à la palpation ; 3° Les piqûres faites dans le territoire analgésié dans le but de rechercher l'état de la sensibilité n'ont presque jamais saigné. Souvent nous les avons vues s'entourer d'une papule très apparente; 4° L'application d'un sinapisme sur un point quelconque de la peau analgésique ne provoque aucune tubéfaction, aucune sensation de chaleur : il est toléré indéfiniment, alors que chez le même sujet, l'application d'un sinapisme sur une région non atteinte par l'analgésie amène les phénomènes de chaleur, de rougeur et de douleur normales.

Phénomènes sécrétoires. — 1° Dans un assez grand nombre de cas, les malades ont présenté des sueurs abondantes. Mais cette sudation atteignait presque exclusivement la partie supérieure du tronc, les membres supérieurs, la face surtout. Les régions inférieures du tronc, les membres inférieurs étaient épargnés : la peau analgésiée restait sèche et

fraîche et constrastait étrangement avec la peau humide et chaude des parties épargnées par la cocaïne, à tel point qu'on pouvait suivre facilement la ligne supérieure envahissante de l'analgésie; 2° Quelquefois la sudation a été généralisée d'emblée à tout le corps, mais elle se localisait dans ces cas aux régions supérieures saines, après avoir abandonné rapidement les régions inférieures analgésiques.

Phénomènes observés après la ponction lombaire simple. — Nous avons voulu, en présence des phénomènes précédents observés pendant le cours de rachicocaïnisations, nous assurer de la part à faire dans la production de ces phénomènes, à la fonction lombaire simple et à l'évacuation d'une certaine quautité de liquide céphalo-rachidien.

Nos observations, moins nombreuses que les précédentes, ont porté sur une quinzaine de cas environ. Les ponctions ont été pratiquées suivant le procédé aujourd'hui classique et il a été soustrait dans chacun des cas une quantité de liquide céphalo-rachidien variant de 5 centimètres cubes à 50 centimètres cubes. Malgré le nombre restreint de nos observations, nous pensons être en droit de poser déjà les conclusions suivantes :

1° La ponction lombaire simple n'a jamais entraîné de modifications de la sensibilité cutanée profonde ou viscérale; 2° La ponction lombaire et la soustraction du liquide céphalo-rachidien modifient toujours l'état des réflexes. Mais ces modifications sont bien moindres que celles observées dans la rachicocaïnisation. Il nous paraît difficile d'établir leurs lois. On peut affirmer cependant que les réflexes cutanés sont peu modifiés et quand ils le sont, c'est d'une façon variable d'un cas à l'autre. Les réflexes tendineux (rotuliens et achilléens) semblent presque toujours subir une diminution progressive mais passagère : nous avons pu constater même leur abolition totale temporaire; 3° Dans la ponction lombaire simple, nous n'avons jamais observé de troubles des sphincters ni l'apparition d'érections; 4° Jamais, dans la ponction lombaire simple, nous n'avons rencontré de véritable trépidation épileptoïde. Souvent cependant il nous a été possible de noter quelques secousses trépidatoires, qui semblaient constituer comme une esquisse de clowns du pied ou de la rotule; 5° Nous n'avons jamais observé de tremblement spontané, de contracture des membres, de

mouvements fibrillaires ; 6° Nous avons toujours noté la conservation des mouvements volontaires, de la force de résistance, la possibilité de la station debout et de la marche, l'absence de signe de Romberg et d'ataxie ; 7° Il n'a été remarqué, chez nos malades, ni phénomènes vaso-moteurs, ni troubles secrétoires ; 8° Les nausées, les vomissements sont rares dans la ponction lombaire simple. Au contraire la céphalée est la règle et cette céphalée est absolument comparable dans tous ses caractéres (date d'apparition, durée, localisation, intensité, etc.) à la céphalée décrite par tous les auteurs à la suite de rachicocaïnisations et attribuée par eux à l'intoxication par la cocaïne.

REVUE DE PATHOLOGIE NERVEUSE.

XXVII. **Hémitonie apoplectique**, par W.-M. Bechterew. (*Obozrénié psichiatrii*, IV, 1899.)

Trois observations. Elles ont de commun que l'affection se développa pendant l'enfance, avant dix ans, et commença par une apoplexie. L'apoplexie fut trés peu marquée dans le premier cas, la perte du sentiment n'ayant duré que quelques minutes ; elle fut plus marquée dans le second, le malade ayant été dans le coma vingt-quatre heures. Dans la troisième observation, la malade demeura sans connaissance cinq jours. Toujours il y eut ictus subit sans prodromes. L'hémitonie, caractérisée par la contraction tonique des muscles des membres et même de la face du côté frappé, peut s'étendre à toute la moitié du corps, soit immédiatement après l'ictus, soit au bout d'un certain temps : elle peut arrivera lorsque le malade semble guéri. Elle diminue lorsque l'on détourne l'attention du patient, augmente quand on s'occupe de lui, ou sous l'influence d'une excitation mécanique des muscles, de l'émotion. En ce dernier cas se produisent des mouvements forcés, qui changent le caractère de la contracture. Mais ce sont toujours des spasmes actifs qui n'ont rien à voir avec la contracture secondaire ; ils entrainent l'hypertrophie musculaire de quelques muscles, de sorte que chez le même sujet, on trouve de l'hypertrophie des muscles hypertoniques, et, à côté, de l'atrophie des os

et des muscles non hypertoniques due à une atrophie parétique précoce du malade hémiplégique.

Ce sont là des troubles du mouvement *post-hémiplégiques*, puisque les convulsions prédominent du côté hémiplégique ou hémiparétique, et ont succédé à un ictus cérébral. Il s'agit presque certainement d'une hémorragie cérébrale limitée, qui s'est effectuée tout près des fibres du *faisceau pyramidal;* celles-ci sont assez comprimées pour déterminer de la paralysie, mais elles sont surtout excitées. Leur excitation a été consécutive aux phénomènes anatomiques en rapport avec la cicatrisation de la plaie de l'organe central. L'affection étant uni-latérale, la lésion doit siéger au niveau des ganglions centraux, au voisinage du segment postérieur de la capsule interne, où passent les fibres pyramidales sous forme d'un faisceau compact. Deux des observations permettent de penser à une maladie infectieuse. P. KERAVAL.

XXVIII. **De l'aphasie sensorielle et motrice transcorticale**; par W. LARIONOW. (*Obozrénié psichiatrii*, IV, 1899.)

Deux observations soigneusement prises et analysées, sans autopsie. Les malades pouvant *répéter* les mots, l'arc reflexe inférieur du langage, avec les centres de Wernicke et de Broca et avec leurs conducteurs, n'est pas altéré. Ces centres sont séparés du centre de la compréhension objective (centre d'association postérieur de Flechsig), car les malades ne peuvent ni comprendre les mots qu'on leur dit, et qu'ils répètent, ni parler de leur propre initiative. Les malades de ce genre, bien qu'à la longue ils se souviennent de quelques mots et apprennent à montrer et à nommer quelques objets, sont d'ordinaire condamnés au silence, comme le montre l'observation I. Les deux observations prouvent que les faisceaux du centre de Wernicke, qui vont au centre d'association postérieur, et, de ce dernier au centre de Broca, que ceux du centre des images visuelles des lettres et des mots (pli courbe), qui vont au centre moteur de l'écriture (2e circonvolution frontale) et au centre de Broca, et servent à l'écriture et à la lecture, tous ces faisceaux passent près les uns des autres. C'est pourquoi ils sont frappés simultanément. Le faisceau arciforme doit être la clef de voûte de ces tractus. P. KERAVAL.

XXIX. **Echinocoque du cerveau**; par M.-M. RESNIKOW. (*Obozrénié psichiatrii*, IV, 1899.)

Observation d'un homme de quarante-neuf ans. A. Phénomènes généraux : 1° Céphalalgie ; 2° Modification de la papille du nerf optique de l'œil droit. B. Phénomènes de lésions en foyer. 1° Hémianopsie homonyme gauche ; 2° Parésie de la moitié gauche du

corps avec rigidité des extrémités gauches ; 3° Désordre de la coordination des mouvements à gauche, surtout des mains ; 4° Diminution de la sensibilité musculaire ; 5° Affaiblissement de l'ouie du côté gauche ; 6° Démence marquée caractérisée par nne diminution de la mémoire et de la faculté d'orientation.

Lésions. — La dure-mère, des deux côtés de la scissure longitudinale, est adhérente, par places, à la pie-mère, de sorte que, en l'enlevant, on rompt les parties sous-jacentes. La pie-mère se sépare avec peine de l'écorce des circonvolutions ascendantes et de la circonvolution pariétale supérieure. La partie postérieure du sillon interpariétal de l'hémisphère droit fait saillie en dehors, tandis que la pariétale supérieure est un peu augmentée de volume. Au niveau de la partie postérieure de l'avant-coin, existe, tout près du sillon pariéto-occipital, une tuméfaction brillante, d'un bleu-gris, kystique, fluctuante, du volume d'un œuf de poule ; dans la même cavité, creusée aux dépens du cerveau, un second kyste gros comme une noix. La cavité occupe la substance blanche de la région pariétale ; par son extrémité postérieure elle touche au coin, elle gagne en haut l'écorce de la pariétale supérieure, en bas, elle est séparée du ventricule latéral par une bande de substance blanche, qui possède une épaisseur de 2 à 3 millimètres et plus, vers la corne postérieure du ventricule, et se confond avec les fibres du corps calleux. En avant, la cavité va jusqu'à la pariétale ascendante. Figures. P. Keraval.

XXX. **Etude clinique des symptômes oculaires dans la sclérose postérieure de la moelle** (*tabes*); par Charles A. Olivier. (*The American Journal of the Medical Sciences,* juillet 1900.)

L'auteur, pendant une période de cinq années, a examiné systématiquement tous les tabétiques qui se sont présentés dans les deux hôpitaux auxquels il est attaché. L'examen systématique des yeux a porté sur cent malades.

Au point de vue ophtalmologique, on peut adopter la subdivision du tabes en « forme spinale » et « forme cérébrale » ou « forme optique ». Dans la « forme optique » du tabes, on voit apparaître, au début, sans symptômes généraux marqués et même sans modifications pupillaires dans la majorité des cas, des paresthésies visuelles, et un rétrécissement du champ visuel léger pour le blanc, nettement marqué pour les couleurs. Il s'y joint des mouvements spasmodiques des muscles extrinsèques du globe oculaire.

A cette période, dans la majorité des cas, la pupille est un peu tuméfiée, les bords du disque légèrement brumeux ; les artères rétiniennes, particulièrement dans les formes syphilitiques de l'affection, montrent des lésions périvasculaires ; les veines réti-

niennes sont plus ou moins tortueuses; on perçoit de légers troubles dans la choroïde.

Au bout d'un temps plus ou moins long, ces symptômes d'irritation et d'inflammation sont suivis par des signes de dégénération. On voit alors survenir une période d'amélioration apparente des symptômes objectifs et subjectifs. Elle dure un temps variable en rapport avec le degré de la maladie, l'hygiène et la thérapeutique.

Puis l'atrophie s'empare graduellement du nerf optique. La pupille prend une teinte gris verdâtre nettement marquée, particulièrement dans la moitié temporale. La circulation capillaire générale s'atténue, les bords de la papille redeviennent visibles, sa surface se déprime légèrement et presque également dans toute son étendue, la lame criblée apparaît quelquefois; les tissus rétiniens et choroïdiens au voisinage des bords semblent un peu épaissis et dégénérés. S'il y a eu périvascularité, les parois des vaisseaux lymphathiques restent épaissis et opaques, et les lumières vasculaires sont fréquemment rétrécies. S'il n'y a pas eu de lésions périvasculaires, les vaisseaux sanguins, plus particulièrement les artériels, deviennent étroits et présentent une coloration qui contraste peu avec les tissus voisins.

La vision pour la forme et la couleur, après la période d'amélioration dont nous avons parlé, diminuent graduellement jusqu'à ce que, finalement, toute perception lumineuse ait disparu. Le champ visuel qui s'était momentanément agrandi et amélioré, se rétrécit de nouveau en général très régulièrement, sans scotomes, jusqu'à ce que toutes les portions conservées aient disparu, secteur par secteur, pour aboutir à la cécité absolue.

Durand cette période, la période préataxique, comme on l'appelle improprement, ou même plus tôt, quelques-uns des symptômes pupillaires, ciliaires et musculaires font leur apparition. Absence temporaire et permanente de la réaction irienne à la lumière; pupilles ovales, ovoïdes, non rétrécies; inaptitude commençante à maintenir la fixation latérale monoculaire ou binoculaire, avec tremblement dans les mouvements palpébraux; parésie légère de la convergence; diplopies parétiques variées.

Plus tard, mais à une époque très variable, quelquefois même en l'absence des grandes manifestations habituelles du tabes, les deux yeux deviennent complètement aveugles. Parmi les meilleurs guides qui puissent être donnés au clinicien pour établir le diagnostic de l'affection, il faut signaler : le regard vague, sans but, la pupille contractée, l'absence du réflexe lumineux, les mouvements de l'iris qui deviennent de plus en plus incertains dans les efforts d'accommodation et de convergence, les parésies des muscles extraoculaires, la diminution de la fente palpébrale, quelquefois même l'épiphora, les tressaillements fibrillaires des muscles orbiculaires lorsqu'ils entrent en action.

La « forme spinale » se voit moins souvent dans les cliniques ophtalmologiques, plus souvent dans les cliniques de maladies nerveuses. Pendant une longue période, en dépit de lésions objectives très nettes de la papille, la vision est bonne ou même normale dans une bonne étendue du champ visuel; celui-ci est en général nettement rétréci; le champ visuel pour les couleurs dans la grande majorité des cas, est irrégulier et légèrement dentelé dans sa forme. Pupilles myotiques, souvent punctiformes; réaction à la lumière absente par intermittence, jusqu'à ce que, finalement, l'iris devienne absolument immobile sous l'action lumineuse la plus intense. Ataxies précoces variées en rapport avec les sixième, troisième, quatrième, cinquième et septième paires nerveuses, tout à fait irrégulières en caractère (asthénopie la plus légère, à peine marquée de l'accommodation) très variables en intensité, instables et changeantes. Elles semblent quelquefois prendre une place importante dans le tableau clinique de la maladie, tandis que les manifestations moins importantes du fond de l'œil, comme une décoloration gris verdâtre du disque optique, des dépressions peu profondes mais larges de la papille, s'étendant en profondeur jusqu'à la lamina cribrosa (qui est souvent visible), une diminution de la circulation rétinienne sans périvascularité ou hémorragie rétinienne, représentent les modifications ophtalmoscopiques les plus accentuées. POULARD.

XXXI. **Un cinquième cas de paralysie familiale périodique** ; par Léo M. CRAFTS. (*The American Journal of the medical Sciences*, juin 1900.)

L'auteur rapporte un cas de paralysie familiale périodique, qui joint aux observations semblables déjà publiées, font de cette affection une entité morbide distincte. La périodicité des attaques, la paralysie motrice flaccide, la perte des réflexes, les modifications électriques bien marquées, l'absence complète de troubles sensitifs,et la santé parfaite dans l'intervalle des attaques rendent très caractérisque le tableau clinique.

L'examen d'une parcelle de muscle, prise à la partie interne du gastrocnémien droit montre une augmentation évidente du tissu fibreux avec une hypertrophie modérée et un état vacuolaire des fibres musculaires. L'examen du sang, des urines et des matières fécales a été fait au moment et dans l'intervalle des accès. La toxicité fut expérimentée sur des animaux, et les résultats furent intéressants en ce qui concerne les matières fécales.Celles-ci, après avoir été soumises aux méthodes ordinaires d'isolement (Brieger, Stas Otto et Dragendorff), furent traitées par l'éther et abandonnées à l'évaporation spontanée. On obtient une substance huileuse qui, injectée (à la dose de un gramme) à des lapins et

des cobayes, amena chez ces animaux une paralysie, qui disparut graduellement en quarante-huit heures. Cette constatation plaide fortement en faveur de l'origine toxique de cette paralysie périodique. P.

XXXII. **Un cas de paralysie de Brown-Séquard**; par Richard-F. Woods. (*The American Journal of the medical Sciences*, juillet 1900.)

Ce cas de paralysie de Brown-Séquard eut pour cause un coup de couteau porté dans la nuque sur la ligne médiane entre la 5e et 6e vertèbres cervicales.

Le malade fut examiné un an après le traumatisme; les principaux symptômes étaient : 1° perte de la motilité dans le bras et la jambe du côté correspondant à la lésion; 2° anesthésie pour toutes les sensibilités dans le membre inférieur du côté opposé à la lésion. Dans le membre supérieur du côté opposé à la lésion, il y a bien perte de la sensibilité tactile; 3° hyperesthésie au toucher et à toutes impressions douloureuses du même côté que la lésion; 4° Sens musculaire diminué du côté paralysé, normal de l'autre côté; 5° Réflexes profonds exagérés du côté paralysé. Trépidation épilepsoïde; la zone étroite d'anesthésie qui se voit au-dessus de la zone hyperesthésiée n'existait pas chez ce sujet. P.

XXXIII. **Valeur des symptômes optiques et auditifs dans les tumeurs du cerveau**; par William H. Wilder. (*Journal of nervous and Mental Desease*, août 1900.)

La névrité optique vient par rang d'importance symptomatique immédiatement après la céphalée. Sa fréquence est très grande (104 fois sur 140 cas, environ 75 p. 100 des cas). La névrite a peu de valeur comme signe de localisation des lésions. Un autre symptôme oculaire important, bien qu'il soit moins fréquent que le précédent, c'est une cécité temporaire périodique, survenant dans premières périodes de la maladie. Ces attaques de cécité sont secondaires, et durent de quelques secondes à une demi-minute ou plus longtemps.

L'hémianopsie est un symptôme important pour la localisation de la tumeur. Il en est de même de la cécité pour les couleurs, pour les mots écrits, etc... quand ses symptômes existent. Les symptômes auditifs portent sur le labyrinthe et sur le nerf auditif, et consistent en bruits subjectifs et une surdité à divers degrés. Il faut préalablement avoir soin d'exclure les affections de l'oreille moyenne. P.

XXXIV. **Un cas d'aphonie hysthérique dans un grand mal épileptique**; par Pierce Clark. (*Journal of Nervous and Mental Desease*, octobre 1900.)

La perte du langage survenait tantôt après une sérieuse attaque du grand mal épileptique, d'autres fois après une attaque de petit mal, quelquefois indépendamment de toute attaque convulsive. Dans ce dernier cas, une forte suggestion suffisait pour rétablir, en quelques minutes, la faculté du langage, et une nouvelle suggestion pouvait ramener l'aphonie. La parole est revenue après toutes les manifestations variées de l'épilepsie, de telle sorte qu'on ne peut conserver la dénomination d'aphasie post-convulsive.

En présence de l'aphonie au cours de l'épilepsie, il faut rechercher les stigmates hystériques, essayer une forte suggestion et même l'hypnose. Il n'est pas douteux que beaucoup de cas d'aphonie mis jusqu'ici sur le compte de l'épuisement ou de l'inhibition doivent être en réalité de l'aphonie hystérique. P.

XXXV. **Syphilis du cerveau**; par J.-T. Eskridge. (*The New York Medical Journal*, 14 juillet 1900.)

La syphilis cérébrale est héréditaire ou acquise, et sous cette dernière forme elle est environ trois fois plus fréquente chez l'homme que chez la femme : les symptômes de la syphilis héritée se manifestent avant ou de suite après la naissance, ou encore dans les premières années de la vie extra-utérine, ou enfin, mais exceptionnellement, jusque vers la douzième ou la treizième année.

Quant à la syphilis acquise, elle paraît atteindre le cerveau dans environ 1 ou 1,5 p. 100 des cas (la démence paralytique et le tabes exclus). Les symptômes cérébraux d'origine syphilitique apparaissent dans 12 p. 100 du cas, suivant Hjelmann, et dans 21 p. 100 des cas, suivant Fournier, de syphilis tertiaire.

Combien de temps après la lésion ininiale voit-on apparaître les symptômes cérébraux ? le délai est variable : les altérations et dégénérescences des vaisseaux se montrent ordinairement après cinq à douze ans; les gommes sont plus précoces : mais il y a des syphilis cérébrales hâtives (de un à quelques mois après l'infection) et d'autres tardives (trente à quarante ans après le chancre). D'autre part, si longue que soit la période écoulée depuis l'infection, on ne peut jamais déclarer le malade à l'abri de la syphilis cérébrale. Il est à peu près admis que toutes les causes qui modifient le fonctionnement normal du cerveau contribuent à faire éclater des lésions cérébrales jusque-là latentes.

Les effets directs de la syphilis sur le cerveau, les lésions spécifiques, amendables par le traitement sont peu nombreuses : plus

fréquentes sont les altérations de dégénérescence d'origine toxémique. Dans le cerveau le type de la lésion spécifique est la gomme : c'est un produit inflammatoire, déterminé par la syphilis et diffère des autres produits inflammatoires par un moindre degré d'organisation et une tendance vers la dégénérescence. Il faut toutefois que la gomme ait un certain âge pour revêtir les caractères spéciaux, car son premier processus de formation est inflammatoire, et le second seulement qui est hyperplasique. La dégénérescence de la gomme peut prendre la forme caséeuse ou la forme fibreuse. Ces tumeurs siègent de préférence à la base du cerveau et principalement dans l'espace inter-pédonculaire. On en trouve cependant assez souvent dans l'écorce, surtout dans celle de la région motrice, rarement dans l'épaisseur de la substance cérébrable, plus rarement encore dans le cervelet.

L'auteur s'attache ensuite à décrire les lésions non spécifiques qui résultent des lésions spécifiques, et à tracer la ligne de démarcation qui sépare en deux ordres de lésions. Il étudie ensuite l'état des vaisseaux dans la syphilis du cerveau : toute cette partie de son travail consiste surtout en un résumé de la question d'après les divers auteurs qui l'ont traitée. Il aborde ensuite la question du diagnostic, et insiste sur la valeur que l'on peut attribuer à la céphalalgie et sur les caractères distinctifs de la céphalalgie syphilitique. Puis il examine sommairement le diagnostic différentiel de la syphilis cérébrale avec les autres affections organiques intra-craniennes. Enfin le mémoire se termine par des considérations sur le pronostic et le traitement. R. DE MUSGRAVE-CLAY.

XXXVI. **Quelques remarques sur les symptômes oculaires dans l'ataxie locomotrice** ; par Paul TURNER-VAUGHAN. (*The New York Medical Journal*, 18 août 1900.)

Les recherches de l'auteur ont porté sur 10 malades : dans 40 p. 100 des cas il y avait paralysie des muscles oculaires ; dans 60 p. 100 il y avait de l'inégalité pupillaire ; dans 40 p. 100 de la rigidité réflexe des pupilles ; et dans 50 p. 100 de l'atrophie du nerf optique.

Dans 6 cas sur 10, on a noté la coexistence de plusieurs lésions oculaires : dans 2 cas, on a constaté une lacrymation abondante, et dans 1 cas du nystagmus. Le reste du mémoire est consacré à peu près exclusivement à un résumé analytique de la littérature médicale de cette question. R. DE MUSGRAVE-CLAY.

XXXVII. **L'hystérie, sa nature et son étiologie** ; par Charles-Louis MIX. (*The New York Medical Journal*, 4 août 1900.)

L'hystérie est une maladie sans définition, que l'on classe ordi-

nairement parmi les névroses, alors qu'elle est en réalité une psychose, ou peut-être une psycho-névrose. Bien qu'elle n'ait pas d'anatomie pathologique, on peut lui assigner une localisation précise et exclusive, à savoir les couches corticales du cerveau : l'amblyopie ou amaurose hystérique contribue à le démontrer puisque le trouble ou la perte de la vision ne sont pas le résultat d'une lésion matérielle, mais sont des phénomènes mentaux, des phénomènes de perception mauvaise ou nul, et cette perception a son siège dans l'écorce occipitale.

De même pour la moelle : dans la paralysie hystérique les cellules motrices individuelles ne sont pas atteintes, car il n'y a pas d'atrophie consécutive : ce ne sont pas les muscles qui sont affectés, mais les mouvements d'ensemble, c'est-à-dire les actes : ce sont les cellules pyramidales de l'écorce motrice qui sont en fautes, et non les cellules subordonnées de la moelle : la même forme de raisonnement est applicable aux troubles de la sensibilité spéciale ou générale : la peau sent, l'écorce ne perçoit pas.

L'hystérie est donc un processus psychique.

L'écorce cérébrale étant le siège d'une perturbation, quel est l'effet produit sur cette écorce ? Cet effet est toujours fonctionnel et se rattache à trois types : 1° affaiblissement de l'excitabilité sensorielle de l'écorce cérébrale (hypo-esthésie, anesthésie, hypalgésie et analgésie) ou affaiblissement de la décharge cortico-motrice (parésie, paralysie) ; 2° exagération de l'impulsion entrante (hyperalgésie et hyperesthésie) ou exagération de l'énergie de la décharge motrice (spasmes, convulsions) souvent de nature réflexe ; 3° confusion des impulsions entrantes (paresthésie) ou confusion dans la décharge des cellules corticales (ataxie hystérique et contractures par distribution imparfaite des impulsions motrices à des groupes musculaires asynergiques).

Le premier type (affaiblissement de l'excitation corticale physiologique) se rencontre chez les sujets sains (l'esprit absorbé par une chose demeure insensible à une autre) et chez les animaux hibernants. Mais ce n'est pas seulement l'excitabilité sensorielle, c'est aussi l'excitabilité motrice de l'écorce qui est atteinte, mais c'est l'excitabilité sensorielle qui disparait la première.

L'excitabilité de l'écorce peut être très exagérée, et il ne faut pas voir là de simulation : les hyperesthésies et hyperalgésies, les spasmes et les convulsions réflexes méritent la même créance que les anesthésies. Le troisième type est caractérisé par la confusion : entre la volonté d'agir et les muscles qui doivent exécuter l'acte, il existe par l'intermédiaire des neurones supérieurs et inférieurs un rapport parfaitement défini. Entre la peau et ses modifications sensorielles et les couches corticales, il existe une relation non moins définie. Très souvent, dans l'hystérie, si souvent que divers auteurs ont par là caractérisé l'hystérie dans les définitions qu'ils

en ont données, l'équilibre de ces rapports est rompu et la confusion s'établit. Ces dispositions en deviennent inexactes, car la confusion de rapports que nous venons de signaler, se prête à un élargissement presque illimité de l'objet défini.

On a pu penser un instant que la théorie des neurones allait éclairer la nature de l'hystérie, mais depuis qu'il a été constaté qu'on n'observait, chez l'homme du moins, aucune augmentation de longueur des dendrites, il a fallu reconnaître que la lumière ne viendrait pas de là, au moins la lumière anatomique. Mais l'auteur, partisan résolu de la théorie des neurones et de l'avenir qu'elle nous ouvre, se demande si la rupture des rapports anatomiques réciproques des neurones, ou si des déformations de neurones trop délicates pour être reconnues par nos moyens actuels d'investigation, ne pourraient pas donner lieu à des phénomènes tels que ceux qui caractérisent l'hystérie, et il apporte quelques arguments en faveur de cette manière de voir, tout en reconnaissant finalement qu'il n'y a là que des conjectures et que la nature vraie de l'hystérie demeure encore enveloppée dans une obscurité profonde.

La première remarque de l'auteur à propos du diagnostic, c'est que l'hystérie, comme l'a fort bien dit Leube, ne s'apprend pas dans les livres, mais en voyant des hystériques et en envoyant beaucoup. Il indique la manière d'examiner les malades et les principaux symptômes à rechercher, en faisant remarquer que ce qui domine les manifestations hystériques, c'est leur multiplicité et leur variabilité : bien que la maladie, d'ailleurs très variable dans son intensité, soit parfois presque mono-symptomatique, c'est d'ordinaire sur l'ensemble des symptômes, et non sur un seul qu'il convient d'établir le diagnostic. Les causes de l'hystérie sont en prédisposantes ou déterminantes.

Parmi les causes prédisposantes, l'hérédité joue un rôle prédominant, que Charcot va jusqu'à déclarer exclusif. La race a aussi son importance : les races latines, les Slaves, les Juifs et surtout les Juifs russes y seraient plus exposés que les autres peuples. Il y a des âges de prédilection pour l'hystérie ; il n'y en a pas qui soit indemne. On sait que l'hystérie est plus fréquente chez les femmes, mais on sait aussi maintenant que le sexe masculin n'en est point exempt et fournit même un contingent assez fort. Les maladies constitutionnelles prolongées et épuisantes sont des causes prédisposantes, mais l'auteur est d'avis qu'on a exagéré le rôle provocateur des lésions de l'appareil génital et qu'elles n'exercent aucune action spéciale différente de celle des autres maladies. Les erreurs d'éducation, de discipline familiale constituent des causes prédisposantes très importantes.

Les causes déterminantes se réduisent à un petit nombre : ce sont les traumatismes psychiques, les traumatismes physiques, la sug-

gestion (ou l'auto-suggestion) et accessoirement l'imitation, et enfin, certaines toxémies, dont l'action hystérogène toutefois n'est pas nettement démontrée.

L'auteur conclut dans les termes suivants : « Si nous récapitulons mentalement les causes déterminantes (traumatisme physique, traumatisme psychique, toxémie) il est évident que ce sont là simplement des modes d'action spéciaux de la seule grande cause déterminante, la suggestion. Dans le cas de traumatisme psychique, c'est en dernière analyse, la suggestibilité du malade qui fait éclater l'hystérie ; dans le traumatisme physique l'élément de suggestion est si net qu'il n'a besoin d'aucune démonstration ; dans les états toxémiques la suggestion a toutes les raisons possibles d'entrer en jeu. Et c'est ainsi que, ramenées à leur dernier terme, toutes les causes déterminantes se résument en un mot : suggestion. »

R. DE MUSGRAVE-CLAY.

XXXVIII. **L'hystérie et la neurasthénie chez les jeunes sujets**; par Charles-L. de MERRITT. (*The New York Medical Journal*, 16 juin 1900.)

L'auteur estime que beaucoup de défauts de caractère des enfants ne reçoivent pas du médecin une attention suffisante, qu'ils sont assez souvent des signes de névrose, et que beaucoup de cas d'hystérie ou de neurasthésie chez les adultes ont eu dans l'enfance un début insidieux. Dans bien des cas aussi, l'hérédité joue un rôle, direct ou indirect, et par rôle indirect, l'auteur entend désigner cette irritabilité qui s'éveille trop souvent chez les enfants, par contagion imitative, au spectacle de l'irritabilité et de la nervosité des parents. Le surmenage scolaire, si souvent invoqué, n'est pas nié par l'auteur, mais il pense qu'on ne doit lui accorder qu'un rôle faible et surtout rare. Le manque d'air et d'exercice est un facteur bien plus puissant dans la création de ces états névropathiques.

Les symptômes sont nombreux : parmi les principaux, on peut citer : les terreurs nocturnes, l'insomnie, l'irritabilité excessive, la tendance à mentir et à tromper sans motif intéressé, « pour l'amour de l'art », la masturbation (qu'on a tort de traiter comme une névrose primitive, alors qu'elle est le plus souvent le signe d'un trouble nerveux profond), les crises de larmes ou de colère sans motif suffisant, ou même absolument sans motif, la simulation d'un état de maladie, la recherche excessive de la sympathie des autres, et bien d'autres phénomènes qui se rencontrent également dans les états névropathiques des adultes. Quant au traitement, on s'apercevra assez souvent qu'il n'est ni moins utile, ni moins pressé de traiter les parents que les enfants, et s'ils sont névropathes, irritables, hypocondriaques, il convient tout d'abord

de leur expliquer que leurs propres défauts réagissent sur leurs enfants : on obtient quelquefois par cette méthode une double guérison. Les médicaments ne jouent ici qu'un rôle secondaire, cependant les toniques et les agents hématogènes sont naturellement indiqués. Si l'enfant est dans une école, on a coutume de lui faire abandonner tout travail ; le plus souvent, c'est une faute, et il ne faut conseiller cet abandon du travail et surtout de la vie et du milieu scolaires que dans les cas vraiment sérieux.

R. DE MUSGRAVE-CLAY.

XXXIX. Relation d'un cas de tumeur du cervelet avec écoulement de liquide par le nez; par G.-W. Mac CASKEY. (*The New York Medical Record*, 31 mars 1900.)

Jeune fille de vingt-deux ans, faisant remonter sa maladie à une attaque de grippe, survenue il y a quatre ans, à laquelle survient une céphalalgie intense et rebelle : plus tard, tintements d'oreille, puis anesthésie partielle et paresthésie de la zone innervée par le trijumeau : puis affaiblissement des muscles masticateurs à gauche, parésie de la langue, déviée à gauche, regurgitation des liquides par le nez, paralysie partielle du côté gauche de la face, et tic douloureux à gauche. Plus tard encore douleur localisée à la tempe gauche. Puis troubles de la vue (diminution progressive à gauche du champ visuel de bas en haut). On trouve une névrite optique double, plus accusée à gauche. Quand l'auteur l'examine, il n'existe aucune perception de la lumière. Six semaines auparavant, diminution de l'ouïe à gauche, aboutissant promptement à la surdité totale. Abolition à gauche du sens du goût. Réflexe du genou actif des deux côtés. Pas de signe de Romberg. Dynamomètre : D. 37, G. 27. Presque pas de vomissements. Etat mental parfait. On porte le diagnostic de tumeur de la base du cerveau, siégeant à gauche dans la protubérance ou son voisinage, et inaccessible à toute intervention chirurgicale.

Environ deux mois avant la mort, il commence à s'écouler de la narine droite un liquide séreux, dont la quantité atteint plusieurs onces par jour : une heure après le début de cet écoulement, l'oreille droite recouvre l'audition (un peu imparfaite, il est vrai) et la conserve jusqu'à la mort. Le flux avait été assez abondant pour presque suffoquer la malade. Mort par convulsions cloniques et coma en janvier 1899 (trois ans après que l'auteur a vu la malade pour la première fois).

A l'autopsie, on constate que la tumeur part du bord antérieur du lobe gauche du cervelet, qu'elle comprime fortement la protubérance et la moelle, qu'elle a d'ailleurs sensiblement déplacées. Sa consistance est plus ferme que celle du tissu cérébral, et autour d'elle s'est collectée environ une once de liquide cérébro-spinal

limpide. Au point de vue de sa nature, c'était un angiome mixte, peut-être avec début de dégénérescence sarcomateuse.

L'écoulement du liquide cérébro-spinal à travers la lame criblée de l'ethmoïde, par la narine droite, est un fait intéressant. Il est remarquable en effet qu'un nerf dont les fonctions ont été pendant plusieurs mois complètement abolies par le fait d'une compression, puisse récupérer ces fonctions instantanément d'une manière presque complète. Ce fait nous montre aussi la possibilité de recourir à la ponction lombaire comme méthode palliative, s'il nous était possible de diagnostiquer avec précision l'existence d'une excessive accumulation de liquide céphalo-rachidien.

R. DE MUSGRAVE-CLAY.

XL. **Le diagnostic de l'hystérie** ; par Charles-W. BURR. (*The New York Medical Journal*, 28 avril 1900.)

On a eu raison de dire que quand on sait la syphilis et l'hystérie, on sait toute la médecine, car la syphilis détermine des lésions, et l'hystérie des symptômes, dans tous les organes. L'auteur se demande d'abord ce qu'il faut entendre par hystérie : cela on ne le saura que quand on saura toute la psychologie, toute l'histoire des relations de la matière et de l'esprit : jusque-là, il faut se contenter, — si peu satisfaisante qu'elle soit, — de la définition de Möbius : « L'hystérie est un état dans lequel les idées commandent au corps et déterminent dans ses fonctions des modifications pathologiques. » Le diagnostic de l'hystérie se fait, comme la plupart des diagnostics, d'abord par la constatation des symptômes, puis par exclusion ; et les données négatives n'ont pas ici moins de valeur que les positives. Les symptômes vraiment propres à l'hystérie ne sont pas nombreux, ce qui peut avoir une vraie valeur symptomatique. C'est leur mode d'apparition et leur groupement : par exemple, la contracture n'apparaît ni brusquement, ni au début, dans une paraplégie organique, ce qui peut parfaitement arriver dans l'hystérie. On se trouve souvent en présence, chez les hystériques, d'associations de symptômes qui ne se rencontrent dans aucune lésion localisée des centres nerveux, et c'est cette discordance symptomatique qui devient caractéristique. Quelquefois pourtant la nature même d'un symptôme isolé peut attester son origine hystérique : c'est souvent le cas pour ces anesthésies à géographie bizarre, qui violent toutes les règles de localisation cérébrale, spinale ou périphérique. Ajoutons que ces anesthésies diffèrent des anesthésies organiques en ce qu'elles sont fort souvent ignorées de la malade et découvertes seulement par le médecin qui les recherche. Mais bien que ces anesthésies soient fréquentes, elles peuvent manquer. Il n'y a pas de symptôme constant dans l'hystérie, et l'on n'est jamais fondé à la nier sur l'absence

de tel ou tel phénomène : le diagnostic ne peut se faire que par l'étude de tous les symptômes. Au lieu d'anesthésie on trouve souvent de l'hyperesthésie, des zones hystérogènes dont la compression arrête une crise, et possédant des lieux d'élection, ce qui prouve qu'elles obéissent à des lois et ne sont si accidentelles ni simulées. Une des formes les plus intéressantes de l'hyperalgie hystérique est celle qui simule les inflammations articulaires (coxalgie hystérique) en épargnant toutefois presque toujours les petites articulations.

Quant au diagnostic de la crise hystérique, il peut être fort aisé ou très difficile : de plus l'hystérie n'est pas toujours simple et se complique assez souvent d'épilepsie. L'auteur ici fait une remarque intéressante, c'est que la race peut influer sur la modalité de l'accès, et que, par exemple, à Philadelphie, il est rare de rencontrer des cas présentant les quatre périodes décrites par les auteurs français et fréquent au contraire d'observer des formes abortives.

La paralysie, sans indication de nature, n'a aucune valeur diagnostique. Il y a pourtant une forme de paralysie flasque qui ne se rencontre que dans l'hystérie : c'est celle dans laquelle, malgré l'abolition complète des mouvements volontaires, le malade peut néanmoins maintenir le membre paralysé dans n'importe quelle position où il a été passivement placé.

En somme, quand l'hystérie existe seule, son diagnostic est relativement facile ; malheureusement elle est souvent accompagnée de lésions organiques ou même provoquée par ces lésions, et le problème du diagnostic peut alors devenir singulièrement compliqué. R. DE MUSGRAVE-CLAY.

XLI. La question de la neurasthénie à la Société de thérapeutique. (*Bulletin Médical*, avril 1901).

Les principaux points mis en lumière ont été : Impossibilité de soigner les neurasthéniques par suggestion, nécessité de les traiter en malades atteints d'hypovitalité nerveuse et non comme des vésaniques ; indications fournies par l'urologie au point de vue de l'alimentation et utilité de la médication phosphatique.

M. H.

XLII. La nature de la neurasthénie, par M. LADOVA. (*Chicago Medical recorder*, septembre 1900.)

L'auteur croit que dans la neurasthénie il y aurait d'abord épuisement nerveux par fatigue amenant secondairement un défaut de nutrition de la cellule nerveuse par pénétration de substances toxiques entravant l'action centripète. M. H.

XLIII. **Troubles nerveux intermittents d'origine palustre ;** par BROQUET. (*Revue de Médecine*, mai 1901.)

Observation prise à l'hôpital militaire de Marseille d'un malade atteint de paralysie intermittente des sphincters anal et vésical survenant après des poussées fébriles dues au paludisme, les poussées étaient également accompagnées de parésie transitoire. L'ensemble a bien cédé à la quinine. M. H.

XLIV. **Polynévrite palustre** ; par BOINET. (*Revue de Médecine*, mai 1901.)

Un cas de polynévrite dû au paludisme. Le début par douleurs sourdes puis aiguës, suivies de parésie et d'atrophie des membres avec présence de zônes d'anesthésie ont été les symptômes les plus notables. M. HAMEL.

XLV. **La névrose d'angoisse** ; par HARTEMBERG. (*Revue de Médecine*, juin 1901.)

Frend a décrit déjà sous ce nom un syndrome qu'il sépare franchement de la neurasthénie et qui présente comme symptômes caractéristiques, une irritabilité générale avec attente anxieuse entrecoupée de crises aiguës d'angoisse souvent précédées d'accès paresthésique, ou bien de crises rudimentaires : crises cardiaque, respiratoire, vertige, etc....

Cet état d'angoisse est le plus souvent concomitant de phobies et d'obsessions diverses.

D'après Frend cette affection serait le plus souvent liée à des habitudes anormales ou à des pratiques irrégulières dans la vie sexuelle.

L'excitation sexuelle qui n'aboutit pas à l'orgasme, le coït réservé ou interrompu ont souvent été suivis aussi bien chez l'homme que chez la femme d'un état syndromique d'angoisse. La pathogénie doit en être recherchée dans une dérivation sur les centres nerveux de l'excitation sexuelle non satisfaite.

L'auteur qui en rapporte une observation détaillée, se range à l'opinion de Frend quant à l'indépendance clinique de cette forme de névrose mais fait des réserves au point de vue de l'origine sexuelle. M. HAMEL.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

XIe CONGRÈS DES ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES

DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

Session de Limoges (*suite* [1]).

Séance du 2 *août* (soir) *à Saint-Priest-Taurion* (suite).

Paralysie générale juvénile.

Voici le texte complet des remarques présentées par M. le Dr Régis sur la communication de M. le Dr Devay.

M. Régis. — Les faits que nous apporte M. Devay viennent augmenter le nombre progressivement croissant des cas de paralysie générale juvénile qui, aujourd'hui, s'élèvent en effet à 100 au moins, dontplus de la moitié avec autopsie confirmative.

Je signale à ce propos que, quelques jours après la publication de ma dernière observation dans les *Archives de neurologie*, le malade est mort après une série d'attaques épileptiformes et que les lésions macroscopiques de l'autopsie, pratiquée par M. Lalanne, ont démontré jusqu'à l'évidence, en attendant les preuves micrographiques, qu'il s'agissait bien réellement de paralysie générale.

Dans les cas de M. Devay, la syphilis héréditaire se retrouve, comme cela a lieu presque toujours. J'ai trop insisté sur ce point pour y revenir encore. Mais je relève aussi dans ces cas l'existence de la tuberculose, ce qui m'amène à dire que la tuberculose existe avec une fréquence relativement grande, soit chez les paralytiques généraux adolescents, soit dans leur famille. Parfois même, les deux infections, syphilitique et tuberculeuse, s'y trouvent associées. Ce point mérite d'être signalé et examiné de plus près.

En ce qui concerne l'âge de la paralysie générale juvénile, je crois qu'il importe de bien s'entendre sur ses limites. Cela est d'autant plus nécessaire que la paralysie générale juvénile, avec sa symptomatologie et son étiologie habituellement hérédo-syphili-

[1] Voir *Archives de Neurologie*, n° 69, 1901, t. XII, p. 233.

tique, aujourd'hui bien établies, n'appartient à la même série de faits que la paralysie générale survenant entre vingt-cinq et trente ans. Pour ma part, je serais disposé à admettre une paralysie générale *juvénile*, débutant entre douze et vingt ans ; une paralysie générale *précoce*, entre vingt et trente ans, enfin et si l'existence vient à en être réellement démontrée, une paralysie générale infantile.

De la dégénérescence dans les vieilles localités.

M. B. Pailhas (d'Albi). — Les vieilles localités, tout comme les vieilles races et les anciennes familles, ont-elles leur dégénérescence? Une étude minutieuse de la répartition, par lieux d'origine, de nos aliénés natifs du Tarn et admis à l'asile d'Albi, depuis 1845, m'a permis, je crois, de répondre affirmativement à cette question. En effet, il m'a semblé que, dans un bon nombre de localités jusqu'ici isolées par le fait d'insuffisants moyens de communication, autrefois pour des raisons d'ordre surtout stratégique, les tares dégénératives s'affirmaient d'une façon particulièrement marquée, surtout en ce qui concerne la forme mentale. Dans une excellente monographie du Tarn, le docteur Maurice Bastié, de Graulhet, signale qu'il y a moins de cent ans, vu l'absence presque complète de routes dans ce département et les difficultés de communication, surtout dans la partie montagneuse, les habitants des communes émigraient peu et se mariaient entre eux, dans leur localité. D'où il suit que l'hérédité consanguine, ainsi favorisée dans ces centres de population stagnante, a dû progresser dans un sens d'autant plus morbide que l'accumulation des siècles lui permettait de fixer plus profondément l'influence des diverses causes locales de la dégénérescence. Dès lors, seront le plus tarées celles des anciennes localités qui auront le plus souffert des conditions fâcheuses des temps passés, des privations, des luttes, de toutes les défectuosités hygiéniques et morales d'une agglomération compacte ou même resserrée dans les limites étroites d'une enceinte fortifiée. Tel semble avoir été entre autres, le cas du petit village d'Ambialet, jadis place forte considérable et première résidence des vicomtes d'Albi, refuge au moyen âge des principales familles de la contrée qui vinrent y chercher un asile durant les guerres du pays albigeois.

Le nombre d'aliénés originaires d'Ambialet rapporté à celui de la population actuelle de cette commune donne une proportion de 1,23 p. 100 que n'atteignent pas nos villes principales : Castres, 0,60 ; Albi, 0,97 ; Gaillac, 0,68 ; Lavaur, 0,71.

Comme contre-épreuve de l'aptitude dégénérative de cette localité, je signalerai le fait remarquable et logique de la coexistence dans la commune d'Ambialet d'un nombre relativement impor-

tant de sourds-muets. C'est ainsi qu'une statistique officielle de 1836 relative à la surdi-mutité relevait 5 sourds-muets à Ambialet, alors qu'Albi n'en présentait que 2, Castres, 1, Villefranche, 3. La proportion élevée du chiffre des aliénés d'Ambialet ne saurait donc être considérée comme un fait de hasard, pas plus que celle d'autres localités tarnaises qui, comme Lautrec (1,12), Montfa (1,10), Cordes (1,88), ont autrefois constitué d'importantes places fortes.

Je n'insisterai pas sur cet aspect étiologique de la folie. En 1899, j'ai cru devoir le mettre en lumière à propos d'une étude d'ensemble sur la folie dans le département du Tarn. Peut-être ne trouverez-vous pas inutile qu'il en ait été dit un mot à l'occasion de ce Congrès.

Nous avons toujours encouragé les médecins qui faisaient de telles publications qui ont une tendance cependant à se multiplier. Aussi est-ce avec plaisir que nous avons entendu le Président relever l'intérêt de la communication de M. Pailhas et lui adresser de vives félicitations.

Un cas de paralysie générale à début anormal;
par M. le Dr Pailhas (d'Albi).

Séance du samedi 3 *août* (matin). — Présidence de M. G. Ballet.

Physiologie et pathologie du tonus musculaire des réflexes et de la contracture. M. Crocq (de Bruxelles), rapporteur.

Tonus musculaire. — Après avoir donné un aperçu historique de la question, l'orateur expose et critique les nombreuses théories édifiées dans le but d'expliquer le mécanisme du tonus musculaire. Pour résoudre cette question, il établit les faits suivants : 1° la section des racines postérieures donne lieu à l'abolition du tonus musculaire ; 2° la section de la moelle, à la région cervicale, *chez la grenouille*, ne diminue pas le tonus musculaire ; 3° la section ou la ligature de la moelle cervicale ou dorsale supérieure, *chez le chien et chez le lapin*, diminue le tonus des muscles volontaires et exagère le tonus des sphincters ; 4° la section ou la ligature de la moelle cervicale ou dorsale supérieure, *chez le singe*, diminue considérablement le tonus des muscles volontaires et exagère le tonus des phincters ; 5° *chez l'homme*, les lésions transversales complètes de la moelle, à la région cervicale ou dorsale supérieure, provoquent l'abolition permanente et complète du tonus des muscles volontaires, et l'exagération de la tonicité sphinctérienne ; 6° les lésions destructives des lobes cérébraux donnent des résultats différents suivant les animaux sur lesquels on opère. De l'examen attentif de

ces faits, le rapporteur conclut que : 1° *chez la grenouille*, la tonicité musculaire, tant volontaire que sphinctérienne, est réduite à l'arc réflexe élémentaire (*fig.* 1) ; 2° *chez le lapin et chez le chien*, le tonus des muscles volontaires se fait presque exclusivement par les voies longues ; le centre de ce tonus peut être localisé dans le mésocéphale (*fig.* 2) ; le tonus sphinctérien se produira, au contraire, par les voies courtes, mais il est régularisé par une influence corticale ; 3° *chez le singe*, l'importance des voies longues est plus grande encore ; le centre du tonus volontaire

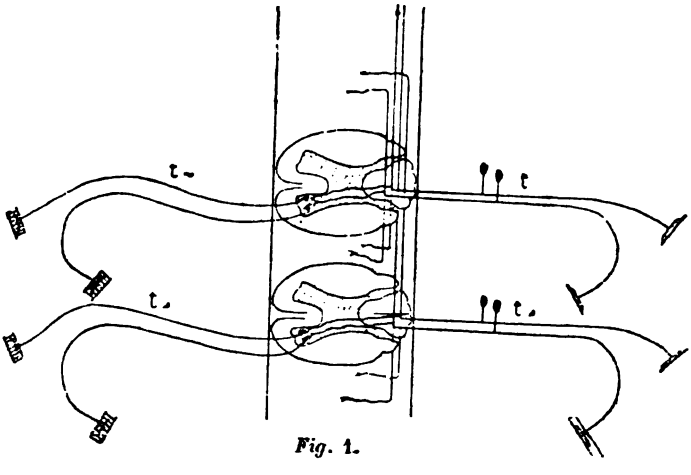


Fig. 1.

peut être placé à la fois dans les ganglions basilaires et dans l'écorce cérébrale. Le tonus sphinctérien se maintient comme chez le chien (*fig.* 3) ; 4° *chez l'homme*, les voies longues sont seules chargées de transmettre les courants toniques des muscles volontaires ; le centre de ce tonus est exclusivement cortical (*fig.* 4). Le tonus sphinctérien se produit encore par les voies courtes, mais l'influence corticale est plus marquée que chez les animaux ; 5° chez le *nouveau-né*, le faisceau pyramidal n'existe pas *fonctionnellement* ; le tonus musculaire se produit, comme chez les vertébrés inférieurs, par les voies courtes.

Les lois suivantes permettent de comprendre les modifications pathologiques du tonus : 1° l'excitation d'un muscle volontaire produit l'*inhibition* de son antagoniste ; 2° l'inhibition du tonus d'un muscle volontaire provoque l'*hypertonie* de son antagoniste ; 3° la destruction complète des neurones moteurs centraux ou périphériques ou de leurs prolongements cylindroïdes, provoque l'*atonie* des muscles correspondants ; 4° leur destruction partielle

provoque l'*hypotonie*; 5° les altérations péricellulaires et péricylin-

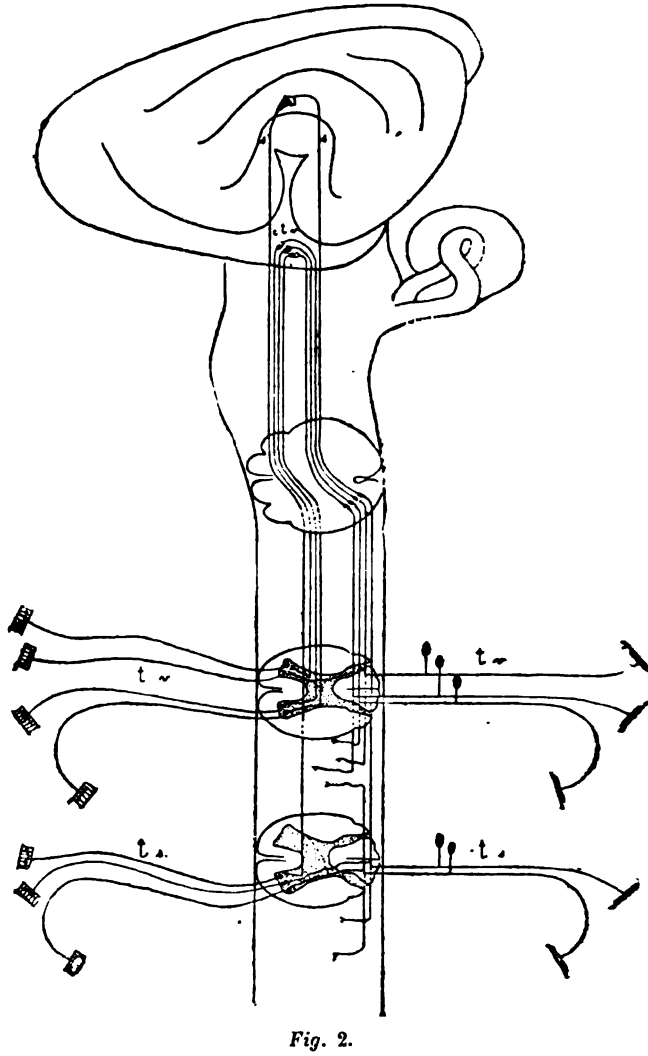


Fig. 2.

droïdes des neurones moteurs centraux et périphériques produisent, lorsque le fonctionnement du neurone est gêné, un éréthisme

fonctionnel qui donne lieu à une exagération du tonus musculaire.

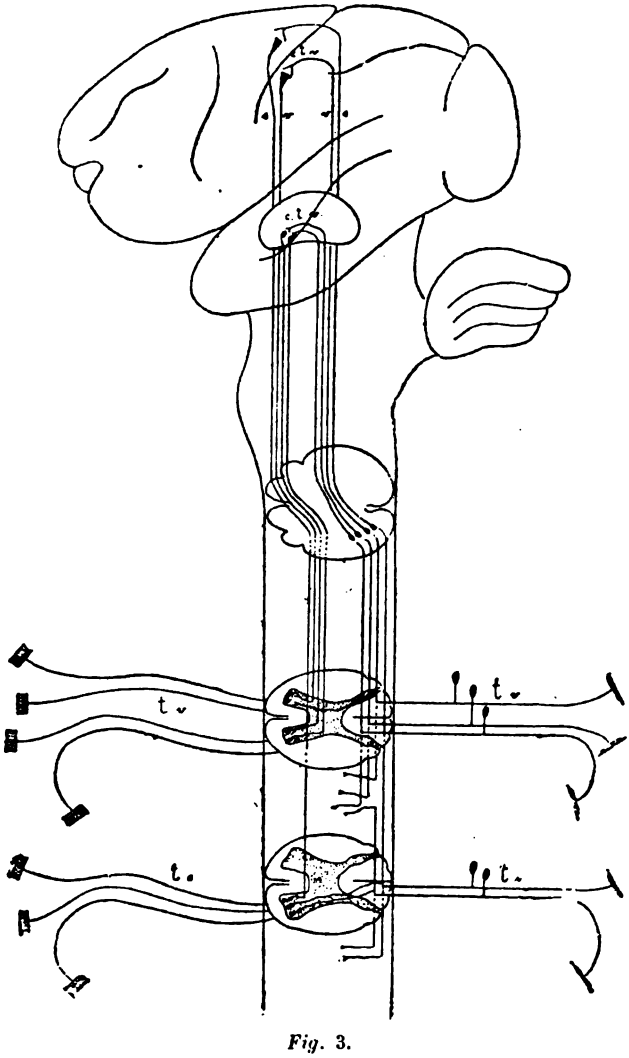


Fig. 3.

Ces lois servent de base à la compréhension des modifications du tonus musculaire dans les différentes maladies que l'auteur

passe en revue : myopathies, polynévrites, poliomyélites, tabes.

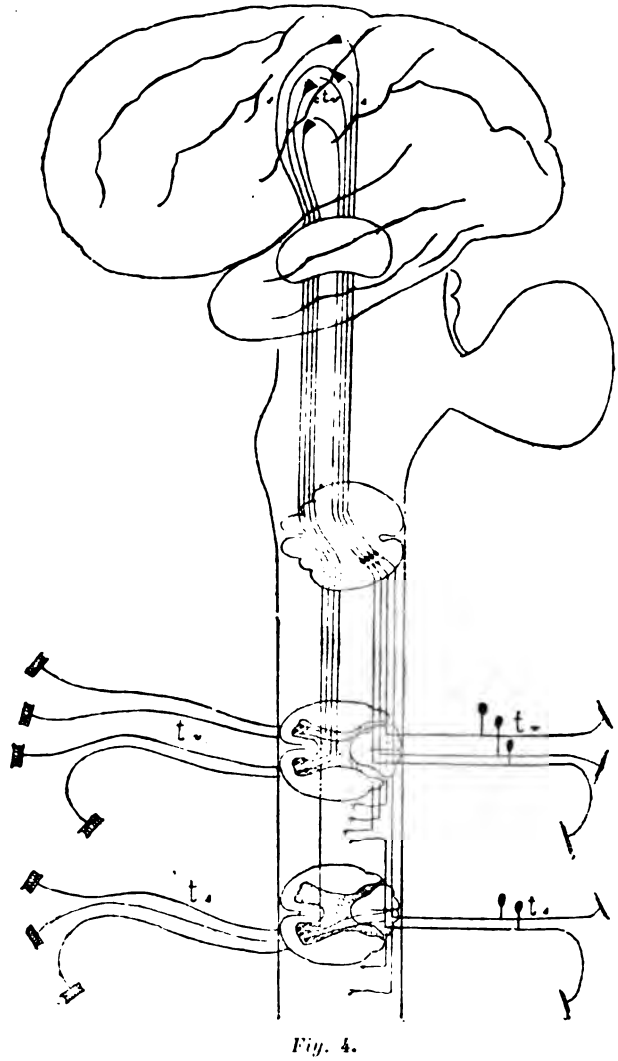


Fig. 4.

hémiplégie organique, maladie de Freidreich, hérédo-ataxie cérébelleuse, tabes dorsal spasmodique, sclérose latérale amyotro-

phique, scléroses combinées, compressions médullaires, sclérose en plaques, états paréto-spasmodiques infantiles, nécroses, paralysie générale, infections et intoxications.

II. *Réflexes :* Après avoir développé les nombreuses théories formulées par ses prédécesseurs, le rapporteur démontre les faits suivants : 1° La section des racines postérieures provoque l'abolition de tous les réflexes ; 2° la section de la moelle cervicale, *chez la grenouille*, donne lieu à l'*exagération* des réflexes sous-jacents à la lésion (*fig.* 5) ; 3° la section ou la ligature de la moelle

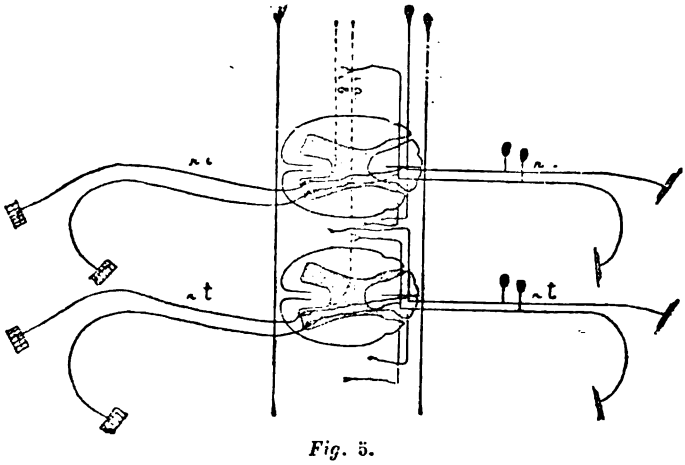


Fig. 5.

cervicale ou dorsale supérieure, *chez le lapin et chez le chien*, donne lieu à l'*exagération* immédiate des réflexes *tendineux* et à l'*abolition temporaire* des réflexes *cutanés* (*fig.* 6) ; 4° la section ou la ligature de la moelle cervicale ou dorsale supérieure, *chez le singe*, donne lieu à une *abolition* plus ou moins prolongée des réflexes tendineux et cutanés (*fig.* 7) ; 5° *chez l'homme*, la section complète de la moelle, à la région cervicale ou dorsale supérieure, provoque l'*abolition* permanente et complète des réflexes tendineux et cutanés (*fig.* 8) ; 6° les lésions destructives de l'écorce cérébrale donnent lieu, chez tous les animaux, à une *exagération* plus ou moins marquée des réflexes tendineux et chez quelques-uns d'entre eux, à un affaiblissement des réflexes cutanés ; 7° les lésions destructives du cervelet entraînent l'*exagération* des réflexes tendineux.

De l'examen attentif de ces faits, le rapporteur conclut que : 1° *chez la grenouille*, des réflexes se réduisent à l'axe réflexe élémentaire ; leurs centres médullaires sont inhibés par les centres supérieurs ; 2° *chez le lapin et chez le chien*, les réflexes tendineux

se font encore par les voies courtes ; leurs centres médullaires sont

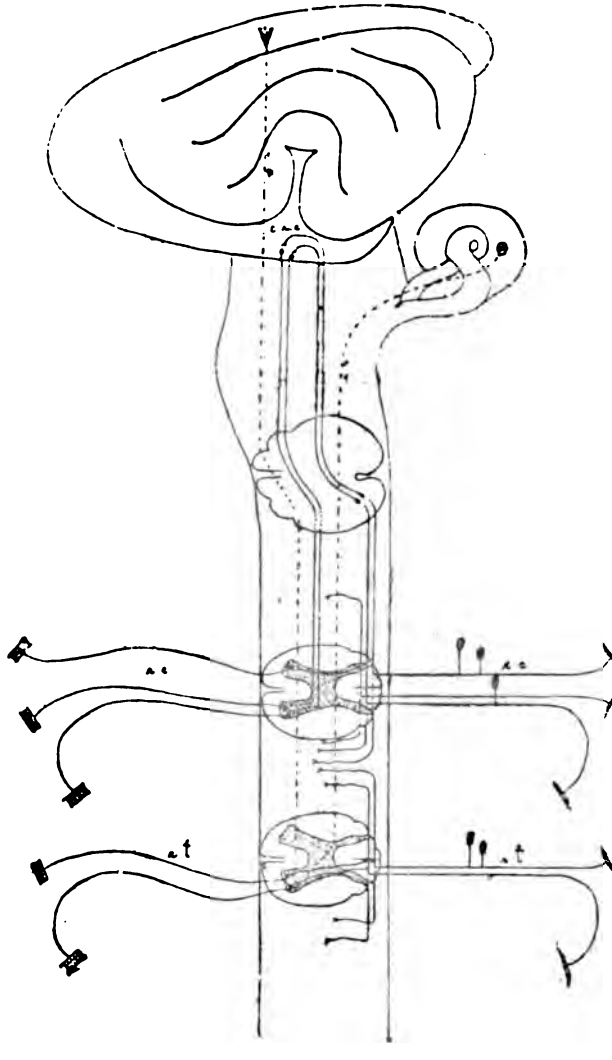


Fig. 6.

inhibés par le cerveau et le cervelet ; les réflexes cutanés parcou-

rent normalement les voies longues, leur centre principal est

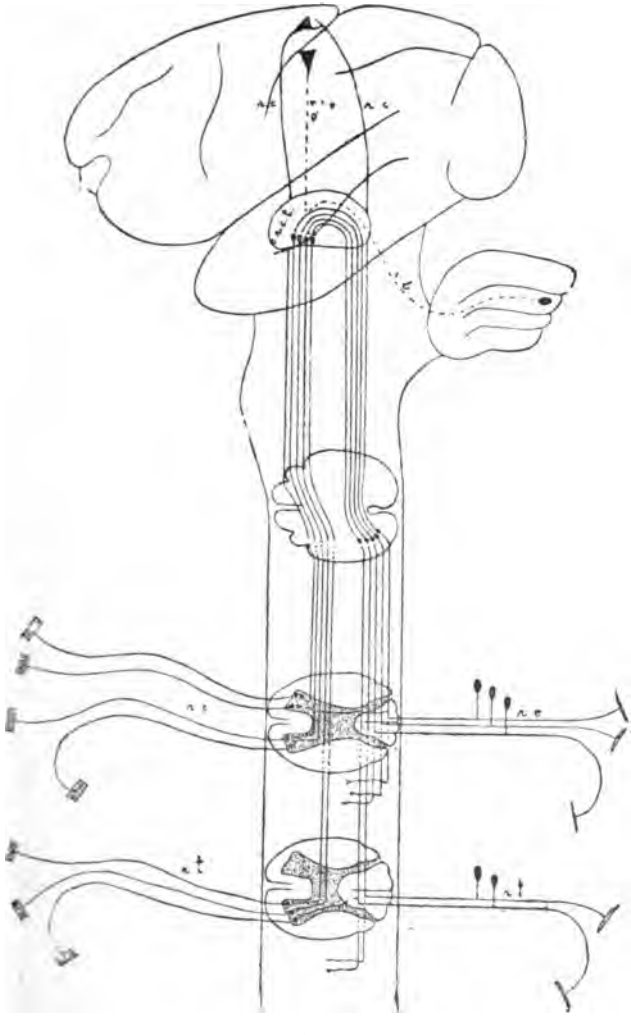


Fig. 7.

mésocéphalique ; certains réflexes défensifs rapides se font par les voies courtes ; 3° *chez le singe*, les centres des réflexes tendineux

sont bacillaires et soumis à l'action inhibitrice du cerveau et du

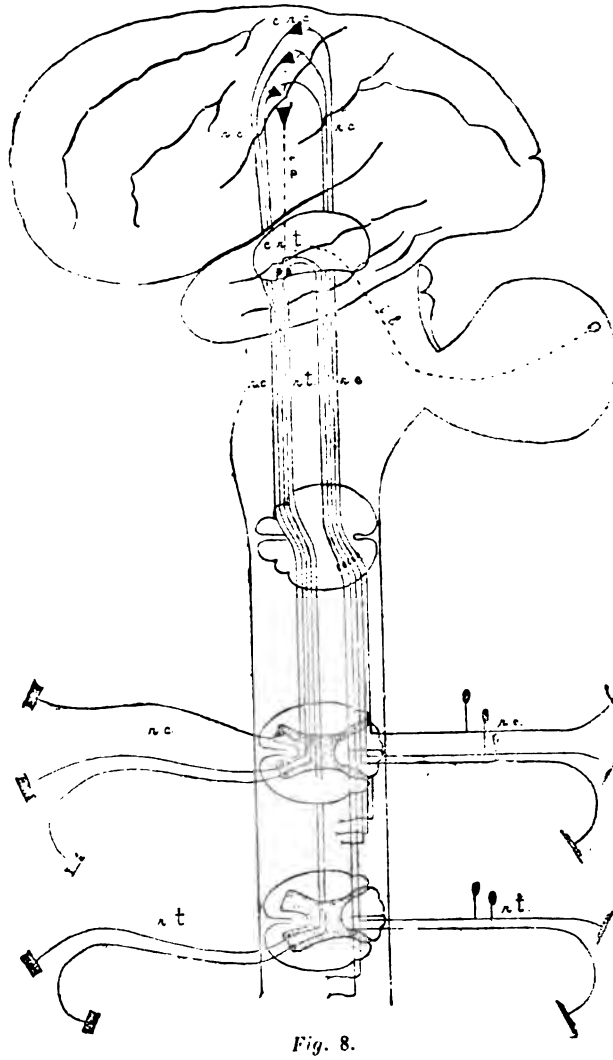


Fig. 8.

cervelet ; ceux des réflexes cutanés sont à la fois basilaires et corticaux. Certains réflexes défensifs continuent à parcourir

les voies courtes; 4° *chez l'homme*, les centres des réflexes tendineux sont basilaires et soumis à l'action inhibitrice du cerveau et du cervelet; ceux des réflexes cutanés sont corticaux. Ici encore, certains réflexes défensifs rapides se font par les voies courtes; 5° chez le *nouveau-né*, les réflexes se produisent, comme chez les vertébrés inférieurs, par des voies courtes.

L'orateur fait ensuite la physiologie des réflexes tendineux et cutanés; puis il décrit les *réflexes pathologiques* (réflexe fémoral, de Babinski, clonus). Il montre que l'*antagonisme des réflexes tendineux et cutanés* est fréquent et possède une importance clinique indéniable, il examine enfin les modifications des réflexes dans les maladies des névrosés et il s'efforce de les expliquer par sa théorie.

III. — *Contracture.* L'orateur expose et critique les théories suivantes : il démontre que le mécanisme de la contraction est indissolublement lié à celui du tonus musculaire, la contracture étant l'expression de l'hypertonie. L'expérimentation confirme cette hypothèse; les lésions irritatives de l'écorce ne provoquent aucune contracture chez les batraciens, le lapin, le chien, le chat, chez lesquels le tonus se produit sans une intervention notable du cortex; elles donnent lieu, au contraire, à des contractures chez le singe et chez l'homme, chez lesquels le mécanisme du tonus dépend de l'écorce cérébrale. Les contractures particulières que l'on observe chez le singe, à la suite de la destruction complète de la zone motrice, peuvent être assimilées à celles qui se produisent par des lésions incomplètes non irritatives de la zone motrice de l'homme. La distinction entre la contracture vraie et la pseudo-contracture présente de sérieuses difficultés; généralement, la seconde résulte de la première.

L'une résulte de la lésion des neurones moteurs centraux, l'autre de l'altération des neurones moteurs périphériques. La contracture vraie est produite, d'une part, par les altérations péri-cellulaires et péri-cylindroïdes des neurones moteurs centraux : d'autre part, par les lois de l'antagonisme musculaire.

Le type si constant des contractures dépend de raisons histologiques; à l'état normal, certains groupes musculaires sont prédominants; une lésion diffuse ayant pour résultat d'abaisser d'une manière uniforme la tonicité musculaire amènera la flaccidité complète des muscles les moins développés et seulement l'hypotonicité des muscles les plus forts. Cette hypotonicité deviendra bientôt une hypertonicité réelle, grâce aux lois établies précédemment; certains neurones corticaux s'affaibliront et s'atrophieront, l'action irritative péri-cellulaire ne sera bientôt plus capable de réveiller leur vitalité, tandis qu'elle exagérera de plus en plus l'hypertonicité des neurones antagonistes.

Le rapporteur passe ensuite en revue, comme précédemment, les différentes maladies des névrosés, et il s'efforce d'expliquer la production des contractures dans chacune d'entre elles.

IV. — Dans la grande majorité des cas, il existe un rapport étroit entre l'état des réflexes tendineux et celui du tonus musculaire.

Les recherches expérimentales de l'auteur, ainsi que les données cliniques, prouvent clairement que ce rapport n'est pas constant. L'indépendance clinique du tonus et des réflexes confirme leur indépendance anatomique.

M. Grasset. — Je ne crois pas qu'on soit en droit d'établir un mécanisme simple du tonus et par suite de la contracture. On ne saurait dire, par exemple, que le centre du tonus est purement cortical. En réalité, le maintien du tonus a besoin de l'intégrité de plusieurs systèmes médullaires, et il semble que l'on puisse décrire trois étages de neurones intervenant dans la manifestation du tonus muscullaire. Il existerait d'abord un premier étage médullaire formé par le neurone sensitif rachidien et le neurone moteur centrifuge de l'étage correspondant ; on fera rentrer ensuite dans ce groupe le neurone de l'origine réelle des nerfs craniens. Le deuxième étage serait formé par les masses grises du mésocéphale (cervelet, noyau rouge, masses grises du pont, noyaux centraux), dont nous connaissons et des voies centripètes (faisceau cérébelleux ascendant, ruban de Goll) et des voies centrifuges (faisceau cérébelleux descendant, faisceau rubro-spinal, etc.).

Enfin, le troisième étage serait cortical. Ce système développerait, d'une part, une action excitatrice, d'autre part, une fonction inhibitrice, mais ces actions sont complexes et c'est ainsi que le nerf labyrinthique et autres agissent sur les centres mésocéphaliques dans le maintien normal du tonus musculaire.

M. Pitres. — Les expérimentations faites sur le système nerveux des animaux et en particulier celles que M. Crocq relate dans son très remarquable rapport, sont d'un très grand intérêt, mais elles ne peuvent servir à poser des conclusions définitives de physiologie nerveuse chez l'homme. Conclure de la série animale à ce dernier est une tendance bien naturelle, mais qui me paraît fâcheuse au plus haut chef, même avec les quelques réserves que l'on s'empresse de formuler d'abord et d'oublier ensuite. Cette tendance n'est pas particulière à la physiologie nerveuse, mais s'étend à toute la physiologie humaine. Il est regrettable, en effet, de voir des traités, qui s'intitulent traités de physiologie humaine, rapporter soigneusement de longues et intéressantes recherches expérimentales sur tel ou tel appareil de tel ou tel animal, mais omettre complètement les données que nous possédons sur le fonctionnement de ce même appareil chez l'homme : de pareils ouvrages

trompent par leur titre sur la nature de leur contenu. Pour en revenir à la physiologie du système nerveux de l'homme, il nous semble que, seule, la méthode anatomo-clinique pourra servir à établir ses lois. Je ne veux pas ici critiquer les conclusions du rapport de M. Crocq, mais je veux faire quelques remarques au sujet de la contracture, de la trépidation épileptoïde et des réflexes tendineux.

La contracture ne me semble pas *une* et toujours identiques à elle-même, ni dans *sa distribution topographique*, ni dans *sa nature*, dans tous les cas où on peut l'observer. Tout d'abord elle varie dans sa distribution topographique, certains muscles sont préférablement contracturés que d'autres qui le sont rarement ou jamais. Je regrette de ne pas voir ce point indiqué et développé dans le rapport de M. Crocq et de ne pas y trouver une explication de cette variabilité.

Ensuite, la contracture ne me paraît pas une dans sa nature elle-même, partout et toujours. J'ai l'habitude, dans mon enseignement, de distinguer plusieurs variétés de contracture. L'une, que j'appelle volontiers *contracture myotonique*, se trouve réalisée notamment chez les malades atteints de maladie de Parkinson. L'autre, à laquelle je donne le nom *de contracture myotétanique*, est le type de la contracture. Ces deux types ne sont pas les seuls et en particulier leur association peut se rencoutrer chez un même malade, dans l'hémiplégie organique avec contractures secondaires ou dans la sclérose latérale amyotrophique par exemple. Il n'est pas rare de constater, en effet, chez un hémiplégique organique, le matin, au réveil, dans son membre paralysé, un léger degré de contracture facile à vaincre ; chez le même malade, observé à plusieurs reprises dans la journée, on peut s'apercevoir d'une exagération notable de la contracture survenue dans le membre paralysé : à la contracture première, myotonique, est venue se surajouter une contracture myotétanique. Cette dernière peut quelquefois apparaître subitement, sous l'influence de fatigue, d'un effort, d'une simple émotion, et abolir complètement par sa brusque apparition les fonctions d'un membre incomplètement paralysé. Ce sont des faits d'observation courante qu'il serait bon de retenir dans une étude sur la contracture. Ils sont peut-être de nature à élucider la pathogénie de ce symptôme si important. Il se pourrait, en effet, que la forme myotonique soit le résultat d'une simple exagération du tonus et que la forme myotétanique soit au contraire la conséquence d'une véritable contraction des fibres musculaires.

On a tendance à considérer encore la trépidation épileptoïde et l'exagération des réflexes tendineux comme deux phénomènes de même ordre. Or, je me suis élevé depuis longtemps contre cette manière de voir par trop exclusive. Et je regrette de ne pas voir

figurer dans la bibliographie du rapport de M. Crocq, par ailleurs très complète, l'indication d'un travail publié en 1884, dans la *Revue de médecine*, par M. Maurice de Fleury, alors mon interne, et celle d'une thèse, faite l'année suivante sous mon inspiration par M. Delcrme-Sorbé et soutenue devant la Faculté de Bordeaux. La distinction à faire entre ces deux ordres est réelle et les arguments de grande valeur en faveur de cette opinion ont été développés par M. Maurice de Fleury dans son travail. La non-identité de nature de la trépidation épileptoïde et de l'exagération des réflexes tendineux est démontrée par deux séries de preuves. La première comprend des preuves cliniques : elle réside dans ce fait que souvent dans la convalescence des maladies infectieuses et en particulier de la fièvre typhoïde, on constate de la trépidation épileptoïde du pied et de la rotule, alors que les réflexes tendineux sont diminués ou même totalement abolis. La seconde est tirée des résultats fournis par l'application de la bande élastique d'Esmarch. Sous l'influence de cette application, en effet, on voit la trépidation épileptoïde s'abolir complètement au bout de quelques minutes, alors que les réflexes tendineux persistent inaltérés. Il ne faut pas cependant, dans cette expérience, comme l'ont fait certains auteurs qui la répétaient après moi, atteindre une ischémie trop complète, car alors les réflexes s'abolissent à leur tour.

M. Mendelssohn (de Saint-Pétersbourg). — La thèse soutenue par M. Crocq relativement à une localisation cérébrale exclusive des réflexes chez certains animaux et chez l'homme ne me paraît être conforme ni aux faits physiologiques ni aux données cliniques. L'acte réflexe doit être considéré comme une propriété générale du système nerveux central et particulièrement de la partie médullaire de l'axe cérébro-spinal. Il n'existe pas à mon avis des centres réflexes, ceux-ci pouvant se produire à un niveau quelconque de toute la hauteur de la moelle épinière. Partout où l'élément périphérique récepteur entre en communication avec l'organe moteur réactionnel, les conditions pour la production des réflexes se trouvent par là même réalisées. Cependant, comme cela résulte de mes expériences, certaines voies, notamment les voies longues sont plus praticables et présentent moins de résistance au passage des réflexes que d'autres voies plus courtes et plus directes. Aussi les réflexes normaux, c'est-à-dire provoqués par des irritations minima, passent-ils par la partie supérieure de la moelle cervicale. Lorsque cette région est détruise, les réflexes provoqués par des irritations minima sont supprimés, mais il suffit d'augmenter l'intensité de l'irritant pour que les réflexes réapparaissent en se frayant un chemin par d'autres voies moins praticables. La séparation de la moelle du cerveau ne supprime donc pas définitivement les réflexes, dont la production dépend de l'intensité de l'irritant. Les faits cliniques ne parlent pas non plus tout à fait en faveur de

la localisation de tous les réflexes dans le cerveau. Rien ne prouve que la disparition des réflexes à la suite d'une lésion de la partie cervicale de la moelle soit le résultat d'une interruption des voies conductrices; elle peut être l'effet de causes multiples et plus ou moins complexes. Du reste, il existe déjà quelques observations cliniques, dans lesquelles une lésion de la partie cervicale de la moelle, équivalant à une véritable section de cet organe a eu pour effet la conservation et même l'exagération des réflexes médullaires. Le réflexe n'étant pas à symptôme à localisation exclusive, sa valeur séméiologique et pathognomonique doit être à mon avis très restreinte d'autant plus que les moyens d'investigation usités en clinique pour déterminer les réflexes sont très défectueux.

M. Brissaud. — Le centre des tonus est exclusivement vertical d'après M. Crooq. Cette théorie n'explique pas les faits de lésion de la capsule interne ayant séparé la corticalité de la moelle, ayant détruit le faisceau pyramidal, et cependant ayant déterminé une contracture spasmodique. D'autre part, les lésions aiguës transverses de la moelle cervicale déterminent une paraplégie flaccide, soit par un état de shock, soit par un trouble circulatoire par l'intermédiaire de l'arbre spinal antérieur, mais les destructions lentes trans verses de la moelle peuvent déterminer une paraplégie spasmodique. La main de l'hémiplégique se contracture presque toujours en flexion; si cette contracture est due à l'irritation des fibres pyramidales intactes, il faudrait donc admettre que, dans les lésions à localisation variée qui créent l'hémiplégie cérébrale, les fibres destinées aux extenseurs seraient toujours plus intéressées que les fibres destinées aux muscles fléchisseurs.

M. Cestan. — J'approuve d'autant plus le rapport de M. Crocq dans son exposé critique des théories que, déjà en 1899, j'étais arrivé, pour des raisons semblables, à soutenir que nous ne possédions pas une théorie de la contracture capable d'en expliquer les modalités cliniques. Mon opinion n'a pas changé et je n'accepte pas la théorie de M. Crocq. Je ne puis concevoir en effet que tandis que chez l'enfant le tonus est exclusivement médullaire, il devienne chez l'adulte définitivement et exclusivement cortical. D'autre part, nous possédons des cas de destruction complète du faisceau pyramidal suivie cependant de contracture spasmodique; or, M. Crocq attribue la contracture à l'irritation des cylindres-axes de ce faisceau pyramidal. J'apporte en collaboration avec le professeur Raymond, deux cas de tumeur du quatrième segment dorsal, ayant déterminé une paraplégie spasmodique pendant plusieurs années. Je ne veux pas discuter si les quelques cylindres-axes encore épargnés au niveau de la lésion sont capables de déterminer la contracture, mais je puis dire que dans ces deux cas, les faisceaux pyramidaux ont *complètement* disparu au-dessous de la

lésion et pourtant la paraplégie était spasmodique. La théorie de M. Crocq ne saurait donc expliquer tous les faits cliniques. Contrairement à M. Crocq, j'attribue une grosse importance à la recherche du réflexe achilléen dont la recherche est toujours facile et positive à l'état normal.

J'ai étudié les réflexes cutanés des maladies nerveuses diverses : d'une manière générale, ils sont surtout supprimés dans le tabes et les affections spasmodiques. Ils n'ont pas une grave valeur diagnostique : peut-être permettront-ils dans certains cas, de différencier les tabes des pseudotabes polynévritiques car dans ces derniers, le reflexe crémastérien est conservé.

Le réflexe de Babinski n'est pas forcément associé à la trépidation spinale; il est constant en effet dans la maladie de Friedreich, et d'autre part, je l'ai constaté plusieurs fois après les accès d'épilepsie, malgré la disparition à ce moment-là des reflexes tendineux.

Je ne crois pas enfin que dans les névrites périphériques motrices, et les poliomyélites aiguës ou chroniques, les déformations soient dues à une hypertonicité des muscles conservés que l'on puisse comparer à l'hypertonicité des maladies spasmodiques. Quant à la contracture hystérique, on ne saurait encore l'assimiler à la contracture organique. M. Babinski a montré au contraire combien sur le terrain clinique elle en était différente.

Séance du samedi 3 *août* (soir). — Présidence de M. G. Ballet.

De quelques considérations sur le mécanisme physiologique des réflexes.

MM. L. Marchand et Cl. Vurpas. — L'observation de plusieurs cas cliniques ont engagé les auteurs à entreprendre quelques expériences touchant le mécanisme et les conditions de production des réflexes. C'est en particulier le cas d'une jeune fille paralytique générale et tabétique. Chez cette malade qui présentait des accès épileptiformes on constatait pendant l'intervalle de ceux-ci l'absence des réflexes patellaires et pendant les crises l'exagération des réflexes.

Différentes catégories de malades chez lesquels les réflexes patellaires étaient normaux, abolis ou exagérés ont été le sujet des expériences des auteurs. Un myographe appliqué sur la partie moyenne de la cuisse était en communication avec un tambour enregistreur de Marey. Il en était de même pour une mince ampoule de caoutchouc placée en avant de la partie qu'on devait percuter. Les auteurs ont aussi, au moyen du même dispositif, étudié chez une malade le réflexe cutané plantaire. Des expériences entreprises semblent découler les quelques considérations suivantes : 1° il peut y avoir contraction du quadriceps sans projection du pied en

avant. Faut-il dire dans ces cas que les réflexes n'existent pas; 2° on remarque que le temps écoulé entre la percussion et le début de la contraction musculaire varie suivant chaque sujet et semble augmenter chez notre hémiplégique à réflexes patellaires très exagérés; 3° le temps écoulé entre le choc du marteau et le début de la contraction est le même, que l'on percute le tendon rotulien au-dessus ou au-dessous de la rotule, ou que la percussion porte sur le muscle lui-même, soit à sa partie inférieure, soit à la racine de la cuisse; 4° il semble que la contraction qui fait suite à la secousse musculaire varie peu d'intensité dans les divers cas; celle qui suit la percussion du tendon rotulien varie au contraire beaucoup chez les différents sujets.

Le réflexe cutané plantaire qui passe sûrement par les centres nerveux (25 centièmes de seconde) a donc un tout autre mécanisme que le réflexe patellaire (3 centièmes de seconde).

En résumé, il semble que le temps écoulé entre le choc et le début de la contraction musculaire soit le même que l'on percute « le tendon du muscle lui-même à différentes hauteurs, alors que le réflexe cutané plantaire exige pour se produire un temps au moins huit fois plus long. Le réflexe patellaire et la secousse musculaire du quadriceps seraient donc de même nature. La différence des réactions musculaires dans les réflexes tendineux et les secousses musculaires chez les différents sujets tient peut-être à ce que dans le premier cas le muscle est tiraillé suivant la longueur même de ses fibres, dans le second à ce que le choc est transmis perpendiculairement à ses fibres. Les réflexes patellaires, qui ne seraient ainsi que des réactions musculaires dépendraient de la tonicité du muscle, qui elle-même, serait sous la dépendance de l'état du système nerveux.

Tumeurs gazeuses de l'abdomen.

M. Justin Lemaistre fait, sous ce titre, une communication très intéressante, concernant des tumeurs gazeuses survenues chez des névropathes. Dans deux cas, il y a eu intervention opératoire. Nous aurons l'occasion probablement de revenir sur ce travail.

Deux observations d'algidité centrale d'assez longe durée, chez deux paralytiques généraux.

M. Joffroy rappelle d'abord les principaux états morbides dans lesquelles on a noté de basses températures : athrepsie, sclérème des nouveau-nés, maladie bleue, urémie, intoxication alcoolique, attaques d'apoplexie, etc., et il insiste sur ce point que de nombreuses constatations de basse température ont déjà été faites soit chez des aliénés, soit chez des maniaques ou des mélancoliques atteints de diarrhée cholériforme, soit chez des déments, etc. Il

donne ensuite le détail de ses deux observations relatives à des paralytiques généraux.

Dans le premier cas, il s'agit d'un paralytique général, dont le diagnostic n'était possible que depuis peu de temps. Ce malade ayant eu attaque apoplectiforme, on prit alors sa température rectale et l'on constata qu'elle n'était que de 35°3. Le lendemain, le malade étant resté dans le coma, la température resta au même chiffre de 35°3. Le surlendemain, la température rectale n'est plus au matin que de 27°2 et peu à peu elle descend à 25°5 pour se relever à 26° c. au moment de la mort survenue 58 heures après la première constatation de l'algidité centrale.

La seconde observation est relative à un paralytique général paraissant classique, mais présentant (comme l'autopsie l'a démontré) un syringomyélie gliomateuse. Ce malade étant alité fit des eschanres et l'on constata alors que sa température rectale n'était que de 35°4. Progressivement et assez régulièrement la température s'abaissa les jours suivants jusqu'à 26 c. La mort survint le huitième jour après la première constatation de l'algidité centrale, sans coma, ni convulsions.

Ce dernier malade présentait dans le sang examiné la veille de sa mort, des coli-bacilles de petites dimensions qui ont sans doute joué un rôle dans la production de l'algidité dont le facteur principal paraît devoir être surtout recherché dans les altérations du système nerveux.

Cette intéressante communication a été l'occasion d'une discussion à laquelle ont pris part MM. Bourneville, Dupré, et Briand.

M. Bourneville a rappelé que, outre les cas *d'urémie* et *d'apoplexie cérébrale*, accompagnés d'un abaissement de la température, dont il s'est occupé naguère comme M. Joffroy l'a dit, il a signalé une hypothermie très notable dans un *cas de refroidissement* durant l'hiver de 1870, un autre, dans un cas d'*ivresse comateuse*, tous deux consignés dans les Comptes rendus de la *Société de biologie*. En outre, il a noté un abaissement de la température *rectale*, en maintes circonstances chez les idiotes, en dehors des idiots myxœdémateux chez lesquels la température rectale est toujours au-dessous de 37° : 1° Feld..., idiote microcéphale à un haut degré, âgée de cinq ans, morte avec des symptômes de broncho-pneumonie avec une température de 24° (Israélite, opposition à l'autopsie) ; — 2° Bauch... (Jeanne), huit ans, idiotie complète, morte de cachexie avec 35° ; — 3° Thom... (Louise), deux ans, idiote myxœdémateuse, morte de broncho-pneumonie (autopsie) avec 35°,1 ; — 4° Binvi... (Germaine), cinq ans et demi, imbécillité hydrocéphalique, morte de brûlures superficielles, avec 35°,2 ; — 5° Gren... (Marcellin), six ans, idiotie congénitale, mort de tuberculose pulmonaire avec 36°. Tous ces enfants sont morts durant les jours les plus froids de l'hiver. La température a été

prise avec plusieurs thermomètres et les thermomètres vérifiés avec soin, ainsi que nous avons l'habitude de le faire en présence de températures anormales.

Note sur l'influence de la syphilis héréditaire, de l'alcoolisme et de quelques professions insalubres sur la production des maladies chroniques du système nerveux chez les enfants (idioties, épilepsies, aliénation mentale.)

M. Bourneville. — Ainsi qu'en font foi les *Comptes rendus* de notre service de Bicêtre de 1880 à 1900, nous prenons toujours grand soin de relever toutes les *causes* des maladies nerveuses et chroniques de l'enfance qui produisent les différentes formes d'idiotie, d'imbécillité, d'arriération *intellectuelles* et *morale*. Nous procédons de même pour les différentes formes d'épilepsie, d'hystérie et d'hébéphrénie. Aujourd'hui nous désirons appeler l'attention de nos collègues seulement sur trois de ces causes : la *syphilis*, l'*alcoolisme*, les *professions insalubres*.

1° *Syphilis héréditaire*. — Sur 2.702 observations de garçons atteints de maladies chroniques du système nerveux, nous n'avons relevé la syphilis des parents que dans 20 cas, soit 1 p. 100. Nous interrogeons les parents à part ; nos questions portent d'abord sur l'existence ou non, dans les antécédents, des manifestations spécifiques et ce n'est qu'ensuite que nous posons catégoriquement la question de syphilis. Sur 482 filles atteintes des mêmes maladies, nous n'avons que deux cas de syphilis héréditaire avouée. La proportion est encore moindre dans ce second groupe.

Sur les 420 garçons présentés dans le service, nous avons constaté 19 fois des *lésions dentaires*, susceptibles d'être rattachées à la syphilis héréditaire. De ces 19 cas, une seule fois nous avons relevé la syphilis chez l'un des géniteurs. Nous avons fait une revision avec notre ami le Dr Hallopeau sans parvenir à déceler la syphilis chez les parents. Comment expliquer cette rareté de la syphilis héréditaire comme cause de l'idiotie ou mieux des idioties ?

Les effets de la syphilis du père ou de la mère se traduisent d'abord par des fausses-couches, puis par des enfants nés un peu avant terme, des enfants nés à terme, les uns et les autres deviennent d'ordinaire athrepsiques et meurent dans les premiers mois ou dans la première année de la naissance. Ultérieurement la syphilis s'atténuant soit spontanément, soit sous l'influence du traitement, les enfants survivent. Ils ne viennent dans les services spéciaux que si, à la suite de convulsions, de méningite, de maladies infectieuses, ils sont atteints d'idiotie, d'imbécillité ou d'arriération intellectuelle. Ces considérations nous paraissent expliquer le nombre très restreint des cas d'idiotie susceptibles d'être rattachés à l'hérédo-syphilis.

2° *Alcoolisme.* — L'enfant subit les conséquences de l'*alcoolisme* sous une série de formes : 1° l'alcoolisme chronique du père ou de la mère, ou des deux; — 2° l'alcoolisme à l'état d'ivresse au moment de la conception; — 3° durant la vie fœtale, par suite des coups reçus par la mère ou des émotions éprouvées par elle durant la grossesse; — 4° les mêmes émotions au cours de l'allaitement et ultérieurement.

2.072 garçons et 482 filles, *idiots*, *épileptiques*, *imbéciles* ou *hystériques* sont entrés, les premiers, à Bicêtre, depuis octobre 1879; les secondes, à la Fondation Vallée, depuis mars 1890, jusqu'au 31 décembre 1900, soit un total de 2.554 entrées.

Le tableau statistique ci-après résume nos constatations sur *l'alcoolisme.*

	GARÇONS	FILLES	TOTAUX	
Les pères de .	785	148	933	faisaient des excès de boissons.
Les mères de.	67	13	80	faisaient des excès de boissons.
Les pères et mères de. .	30	10	40	faisaient des excès de boissons.
Pour.	340	110	450	nous n'avons pas de renseignements.
Les pères et mères de. .	850	201	1.051	étaient sobres.
TOTAUX. .	2.072	482	2.554	

En outre, la *conception durant l'ivresse* du père a été relevée chez 235 malades et la conception probable chez 86 malades. Soit, si nous comptons ces derniers, 12,5 p. 100 d'enfants conçus dans l'ivresse, non compris les 450 sur lesquels nous n'avons aucun renseignement et 732 sur lesquels nous n'avons pas de renseignements précis sur la conception. Si, poursuivant notre statistique, nous cherchons le pourcentage dans ces diverses catégories, nous trouvons que :

36,5 p. 100 des pères font des excès de boisson.
3,1 p. 100 des mères — —
1,5 p. 100 des pères et mères —

Soit . . . . 41,1 p. 100 des parents faisant des excès de boisson.
Et . . . . . 41,1 p. 100 sont sobres.

Cette statistique, mise à jour à la date du 31 décembre 1900, complète et résume nos statistiques antérieures. Elle met nettement en évidence l'action néfaste de l'*alcoolisme*. Ceux qui s'intéressent à cette question pourront lire un grand nombre d'observations détaillées, au point de vue clinique et anatomique, dans les *Comptes rendus* de Bicêtre (1880-1900).

Chaque fois que nous voyons les mères de nos malades, mariées à des *alcooliques*, nous appuyant sur l'histoire même de leurs enfants, nous leur recommandons d'éviter tout rapport sexuel avec leurs maris en état d'ivresse. Il en est qui comprennent l'importance de nos conseils et agissent en conséquence..., quand cela est possible. Trop souvent les malheureuses cèdent sous la menace des coups, ou sous les coups mêmes.

3° *Professions insalubres.* — Parmi les causes des idioties, des épilepsies, etc., figurent aussi, avec raison, certaines professions réputées insalubres exercées par les parents. Au premier rang, se placent celles dans lesquelles on manie la céruse, le mercure, le phosphore, le cuivre, etc. Nombreuses sont les observations dans lesquelles nous avons relevé cette étiologie.

Les discussions dont le blanc de céruse a été l'objet dans ces derniers temps au *Comité d'hygiène publique de France*[1] et dans la presse politique nous ont engagé à faire un relevé aussi exact que possible des cas de maladies nerveuses de l'enfance que nous venons d'énumérer, dans lesquelles il est possible d'invoquer l'action des professions insalubres.

Nous avons dressé des tableaux comprenant : le nom des enfants, les professions insalubres du père ou de la mère, ou des deux, le nombre des enfants décédés et vivants, enfin, dans une dernière colonne les conditions étiologiques qui se surajoutent aux professions insalubres, *alcoolisme* et *syphilis*.

Nous ne vous lirons pas ces tableaux, nous ne demandons pas non plus leur reproduction dans les comptes rendus du Congrès, nous nous bornerons à vous en donner le *résumé*[2].

1° Cette statistique montre que 87 familles ont fourni 420 enfants soit près de 5 enfants par famille.

2° Sur ces 420 enfants, 220 sont décédés, soit une mortalité de 52 p. 100; sur ces 420 enfants 200 ont survécu ;

3° Si au chiffre des 220 décédés nous ajoutons les 87 enfants idiots, épileptiques, etc., nous voyons que 73 p. 100 de ces enfants sont atteints mortellement ou gravement par les différentes professions insalubres exercées par les parents.

[1] Voir Bourneville, *Substitution du blanc de zinc au blanc de céruse.* (*Progrès médical* n° 10 de 1901, p. 163.)

[2] On trouvera ces tableaux dans le *Compte rendu* de notre service pour 1900, qui doit paraître prochainement.

Au point de vue des « PROFESSIONS » *ces cas se répartissent ainsi* :

BLANC DE CÉRUSE	
Peintres en bâtiments	36
Peintres décorateurs	4
Peintre en lettres	1
Peintres en voitures	3
Peintre en wagons	1
Peintre sur meubles en fer	1
Peintre sur émail	1
Peintre sur porcelaine	1
Tonnelier dans fabrique de blanc de céruse	1
Imprimeurs sur papiers peints	2
CUIVRE	
Doreurs	4
Mouleurs en cuivre	7
A reporter	62

Report	62
MERCURE	
Chapeliers	3
Fouleurs, approp^r de peau	4
Miroitiers	4
PHOSPHORE	
Allumettes	1
POUSSIÈRES	
Tourneurs sur cuivre	5
Tabacs	2
Plumassiers	3
ESSENCE DE TÉRÉBENTINE	
Nacrier	1
Vernisseuse	1
Total	88

Le tableau suivant montre les diverses affections auxquelles ont succombé les enfants :

Fausses couches	30
Mort-nés	23
Convulsions	43
Méningite	34
Diarrhée	12
Athrepsie	4
Tuberculose pulmonaire	13
Broncho-pneumonie	12
A reporter	171

Report	171
Croup	6
Variole	4
Diphtérie	3
Coqueluche	4
Rougeole	3
Cholérine	2
Carreau	1
Maladies diverses et inconnues	26
Total	220

Une mère et deux pères étaient atteints de *syphilis*. Enfin sur ces 87 familles, 58 pères faisaient des *excès de boisson* (55 p. 100).

Ces statistiques doivent en provoquer d'autres pour arriver à des conclusions plus fortement motivées. Telles qu'elles sont, elles nous ont paru intéressantes non seulement au point de vue *clinique*, mais au point de vue *social*. Les dangers de la *syphilis*, de l'*alcoolisme*, du *saturnisme* et des *professions insalubres* ressortent nettement de nos statistiques. Elles montrent la nécessité qui s'impose aux citoyens, ayant la mission de veiller à la santé publique, de prendre les mesures nécessaires, urgentes, pour atténuer dans la plus large mesure possible les causes de dégénérescence sur lesquelles nous avons essayé d'appeler l'attention.

Phantagénie physiologique.

M. RAYMONDEAU. — Il existe, en dehors des hallucinations et des

illusions morbides, des perceptions visuelles d'un caractère équivoque, auxquelles sont sujets des gens bien portants et raisonnables. Ce sont des formes, des images, des figures inattendues, résultant d'un assemblage fortuit de lignes, de surfaces, d'effets de lumière, émanées d'un objet réel, ou produites en l'absence de tout objet déterminé. Ces phénomènes forment un groupe à part. Pour les distinguer, nous les comprendrons sous le nom générique de *zigs*. Ils ont tous, entre eux, un air de famille ; quelques spécimens les feront reconnaître.

Dans un ciel orageux, les nuages figurent de vagues formes d'animaux, de monstres, de fantômes. — Dans les voyages nocturnes, les arbres de la route fuient ou se précipitent sur le voyageur, en prenant des aspects grotesques ou menaçants. — Un homme, au repos sous un arbre, distingue, dans un bouquet de feuilles, un pantin, dont le moindre souffle agite les jambes et les bras. — Ces spectacles, dont nous connaissons le mécanisme, ne laissent pas de nous intéresser et nous y ajoutons volontiers quelque chose de nous-mêmes, quelques traits de notre imagination. Le concours instinctif de l'imagination à l'ébauche offerte par le hasard, voilà le trait caractéristique des phénomènes que nous étudions. L'étude systématique de ces phénomènes, constitue ce que nous appelons *Phantagénie physiologique*.

Autre exemple : au milieu d'un travail qui absorbe votre attention, un point lumineux vous impressionne : c'est un clou du plancher. Il brille comme un œil. A côté, quelques ondulations des fibres ligneuses esquissent la courbe d'un ovale et les lignes de la bouche et du nez. Vous ajoutez mentalement quelques traits complémentaires... La figure s'achève, le zig est constitué.

Nous trouvons des zigs dans le feu du foyer, sur le tapis du parquet, sur les tentures de l'appartement, dans les rideaux, dans une guipure, dans une serviette suspendue.

Les vieux murs, les enduits dégradés fourmillent de zigs. On en voit dans les marbres naturels. Quelques peintres s'amusent à en produire dans les marbres imités. L'approche du repas est très favorable à la découverte des zigs. Cette recherche porte à la gaîté qui convient à ce moment : Il y a un zig dans le nœud de votre serviette ; il y en a dans les reflets de votre verre, dans le moutardier, dans la tranche du pain, dans le morceau de nougat. Un plat de beignets est une pépinière de zigs. Coupez une pomme en deux, en trois, en quatre : chaque segment vous offre un zig différent. Une orange partagée en deux, prend sur chaque moitié l'aspect d'un coquillage.

Une poire Duchesse, un peu tourmentée, vous présente, sur le bon côté, l'aspect normal. A droite, c'est le visage d'un vieillard, à gauche, l'image de la décrépitude. Comme les pêcheurs et les chasseurs, le ziguiste possède une aptitude particulière à décou-

vrir sa proie. Comme eux aussi, il éprouve un irrésistible plaisir à signaler ses découvertes et à s'en faire honneur.

La phantagénie est attrayante ; elle peut être contagieuse. Il est vrai qu'elle n'a pas prise sur tous les profanes. Celui qui est naturellement doué, y prend intérêt et peut devenir ziguiste à son tour. Cette faculté créatrice, qui peuple la solitude et dissipe l'ennui, cet immense cinématographe dont les vues varient à l'infini est donc, à l'origine un exercice agréable, on pourrait presque dire bienfaisant. Dans certaines conditions sociales il peut être avantageux :

N'est-il pas éminemment propre à développer l'imagination? Dans les arts d'imitation, il peut fournir aux praticiens, d'innombrables matériaux. Nul doute que J. Callot, G. Doré et tant d'autres, n'aient dû à l'observation des phénomènes qui nous occupent, une part de leur brillante originalité. — Mais cet exercice a aussi ses inconvénients et ses dangers. Le premier écueil qui se présente ici est l'entrainement. Il faut s'en défier. Un goût, d'abord innocent, peut devenir une passion dominante comme celle de fumer, de boire sans soif, de faire des calembours, de farcir son discours de ces vaines locutions que la mode a mises en faveur. Ce ne sont là, il est vrai, que des conséquences de peu d'importance. Nous ne relèverons pas les taches que l'histoire des zigs a laissées dans le passé. Les sacrificateurs d'autrefois voyaient dans certains aspects de l'autopsie des victimes, des présages qui ne pouvaient être qu'illusoires. Nous en avons fini de ces aberrations. — Quelques investigations analogues ont servi et servent encore de base à l'industrie des devins et des devineresses de tous les temps. Nous n'avons pas à nous occuper de ces pratiques. Le danger, c'est qu'après s'être contenté de constater les phénomènes, on peut être entrainé à en chercher les causes, à édifier des théories. Les anciens avaient à ce sujet une explication toute faite qui cadrait avec leur théogénie : Phantate, troisième fils du sommeil, était une divinité d'ordre inférieur qui avait la puissance d'apparaître aux hommes, sous toutes sortes de formes, soit pendant le jour, soit durant la nuit. De nos jours, il n'y a guère que le mysticisme et l'occultisme qui pourraient revendiquer les phénomènes dont il s'agit et la tentative serait périlleuse. En cela, comme en toutes choses, il faut donc se surveiller. Le trouble de l'esprit peut pénétrer par les yeux, par les divers sens, comme par toute autre voie. Si minimes que soient les phénomènes qui viennent d'être exposés, ils peuvent avoir une certaine influence en hygiène morale, et la sage appréciation qu'il convient d'en faire peut servir utilement, dans certains cas, à la prophylaxie intellectuelle.

Le soir a eu lieu le banquet du Congrès auquel assistaient M. Edgard Monteil, préfet de la Haute-Vienne, M. Labus-

sière, maire de Limoges, M. Chénieux, directeur de l'école de médecine, la plupart des médecins de la ville, parmi lesquels nous avons été heureux de retrouver d'anciens amis, Th. Raymond et Justin Lemaistre.

Excursion du dimanche (4 août).

Dès le matin les congressistes sont partis par le chemin de fer pour Saint-Sulpice-Laurière ; là ils ont trouvé des voitures qui les ont conduits à travers les collines du Limousin jusqu'à Saint-Goussaud dans la Creuse. Après un excellent déjeuner servi en plein air le retour s'est effectué par les vallées du Taurion et de la Vienne. Ils ont eu sans cesse sous les yeux à l'aller le panorama des collines et en revenant les sites aussi variés que pittoresques de la vallée du Taurion, puis de la Vienne.

Séance du 5 août (matin). — PRÉSIDENCE DE M. GILBERT BALLET.

Personnel secondaire des asiles d'aliénés.

Nous publierons le résumé du rapport de M. TAGUET, et la discussion dont il a été l'objet, dans notre prochain numéro.

Séance du 5 août (soir). — PRÉSIDENCE DE M. CHÉNIEUX.

Sur la théorie de l'obsession.

M. L. ARNAUD (de Vanves). — On a appliqué à l'obsession l'une et l'autre des deux théories principales de l'émotion, la théorie *intellectuelle* et la théorie *physiologique*. Les deux théories nous paraissent également insuffisantes pour expliquer cet état morbide. La théorie intellectuelle néglige presque absolument les symptômes organiques; admettant que tout vient d'*en haut*, elle considère l'ensemble des symptômes comme de simples réactions de l'idée. On lui objecte que l'idée ne devient obsédante que grâce à l'existence d'un trouble préalable : les obsédés sont des malades avant d'avoir des obsessions précises. En outre, dans certains cas d'obsession, les symptômes émotifs précèdent et annoncent l'apparition de l'idée. D'un autre côté, la marche de l'obsession *par accès*, le défaut de rapports constants entre la nature de l'idée obsédante et l'intensité de l'angoisse, la variabilité de l'idée (dans la *panophobie*, par exemple), comparée à l'identité des symptômes émotionnels, etc., tout cela s'accorde mal avec l'hypothèse qui attribue à l'idée un rôle toujours prépondérant dans l'obsession.

Inversement, la théorie physiologique ou émotive (Lange, H. James, Ribot, etc.) exagère l'influence des troubles vaso-moteurs et de l'expression émotive, au détriment des centres cérébraux supérieurs. Il n'est pas du tout prouvé que, toujours, nous soyons tristes *parce que* nous pleurons, ou effrayés *parce que* nous tremblons ; il s'en faut qu'il y ait toujours parallélisme entre l'intensité de l'émotion et son expression. Dans bien des cas, il paraît évident que l'émotion n'est qu'une conséquence de l'idée ; à plus forte raison pour l'obsession, dans laquelle l'élément intellectuel est plus important que dans l'émotion simple, etc. Nous pensons que le rôle essentiel, dans la genèse de l'obsession morbide, appartient aux *troubles de la volonté*. En étudiant l'état des obsédés en dehors de leurs crises angoissantes, on reconnaît que ces malades sont tous des *aboulíques*, qu'il s'agisse des mouvements ou des idées. L'étude des mouvements volontaires est, à cet égard, très instructive chez les obsédés. On retrouve ces troubles moteurs dans la *folie du doute*, type des obsessions dites *intellectuelles*, aussi bien que dans les diverses phobies. C'est la perte ou l'amoindrissement considérable du contrôle de la volonté qui permet la formation de systèmes psychologiques, produits de l'automatisme, qui s'imposent à la conscience et qui l'obsèdent.

En résumé, l'obsession morbide est un phénomène très complexe, dont la condition fondamentale est un trouble primitif et généralisé, affectant les éléments communs à la volonté et à l'intelligence; ce trouble est une *aboulie* permanente qui préexiste aux obsessions et les prépare. L'influence des idées et des émotions s'exerce dans le développement, dans l'orientation et dans l'intensité de l'obsession, ainsi que dans l'apparition et le rappel des accès. Mais l'obsession est avant tout une *maladie de la volonté*.

M. Régis. — Quel est, dans l'obsession, l'élément prépondérant, l'élément intellectuel ou l'élément émotif? Tel est le très intéressant problème que vient de remettre en question la communication de M. Arnaud. Notre collègue accorde comme on voit cette prépondérance à l'élément intellectuel, puisqu'il fait de l'obsession, avec Billod et tant d'autres, une maladie de la volonté. Sans nier l'altération de la volonté dans l'obsession, sur laquelle j'ai, en ce qui me concerne, tout particulièrement insisté[1], je rappelle que nous n'en considérons pas moins, M. Pitres et moi l'émotion comme le fondement de l'obsession et que nous en avons longuement exposé les raisons dans divers travaux[2].

Je me bornerai à en indiquer quelques-unes : 1° Dans les cas

[1] E. Régis. *Manuel pratique de médecine mentale*, 2e édition, 1892.

[2] Pitres et Régis. *L'Ereuthophobie* ou *Phobie de la rougeur*. (Congrès des aliénistes et neurologistes, Nancy, 1896.) — *Séméiologie des obsessions*. (Congrès de Moscou, 1897.)

de phobies pures, par exemple dans l'agoraphobie, tout se borne à la crise d'angoisse devant l'obstacle à franchir et, s'il y a idée obsédante, cette idée ne survient que comme accompagnement et comme conséquence de l'anxiété topophobique ; 2° Dans les obsessions proprement dites, même les plus intellectualisées, les obsessions du doute, par exemple, que M. Arnaud continue d'appeler à tort « folie du doute », qu'observe-t-on?

On observe ceci. L'obsession peut se manifester par plusieurs idées, soit au même moment, soit successivement, tandis que l'émotion, malgré cette diversité intellectuelle, reste toujours la même. L'idée obsédante est donc, dans l'obsession, l'élément variable et changeant ; l'anxieté, elle, y est l'élément fixe et immuable. Et c'est là non pas une simple vue théorique, mais la conclusion même qui découle des faits.

Tout récemment encore, je voyais une malade atteinte d'obsession du doute et comme je l'engageais, pour triompher plus aisément de la peur des couteaux qui la torturait, non à les fuir, mais au contraire à s'habituer le plus possible à leur vue et à leur contact, elle me répondit : « Oui, je pourrai peut-être vaincre de la sorte cette obsession. Mais je le sais par expérience, quand j'y serai parvenue, une autre prendra la place, celle des allumettes, des chiens, des chiffres, par exemple. Car l'idée n'est rien chez moi, c'est l'émotion qui est tout, et, en guérissant mon idée, je n'aurai pas guéri mon émotivité, qui se portera sur autre chose. On ne saurait, à mon sens, mieux indiquer ce qui se passe dans l'obsession.

3° Il est des cas enfin où l'on voit la maladie partir de l'angoisse pure et ne s'accompagner que plus tard, par le fait même de sa progression, de l'idée obsédante.

L'éreuctophobie ou obsession de la rougeur, que nous avons récemment étudiée, nous offre des exemples fréquents et frappants de cette évolution. L'éreuthophobie naît le plus souvent chez un prédisposé, à l'occasion d'une circonstance de sa jeunesse dans laquelle il a rougi de façon plus particulièrement pénible. A dater de ce moment, toutes les fois que le sujet se retrouve dans la même circonstance ou dans le même milieu, il rougit de nouveau et son angoisse est telle qu'elle se manifeste non seulement à ce moment, mais avant même, à la peur seule de rougir.

Les choses peuvent en rester là et dans ce cas, il y a phobie sans idée obsédante. Mais certains malades vont plus loin. Non seulement ils éprouvent la crainte angoissante de rougir à chaque retour de la circonstance originelle ou d'autres analogues, mais ils en arrivent peu à peu à songer dans l'intervalle à leur infirmité, à la honte qu'ils en éprouvent, aux déboires et aux moqueries qu'elle peut leur attirer. Bientôt ils y pensent nuit et jour et ne s'occupent plus que d'inventer des moyens pour guérir, allant

même jusqu'à souhaiter la mort pour se débarrasser du tourment qui les ronge. Alors, mais alors seulement, l'idée obsédante est venue se joindre à l'anxiété, l'élément intellectuel s'est greffé sur l'élément émotif pour constituer l'obsession complète.

De cet ensemble de faits, qu'on pourrait multiplier, il résulte nettement, à notre avis, que dans l'obsession, l'élément antérieur, constant, invariable, c'est-à-dire l'élément fondamental, c'est l'élément émotif.

C'est pourquoi nous rejetons l'opinion de Westphal et de la plupart des auteurs allemands sur la nature foncièrement intellectuelle de l'obsession et, heureux de reprendre une opinion qui fut celle de l'illustre Morel, nous considérons l'obsession comme un état pathologique à base essentiellement émotive, comme une névrose d'angoisse (tugtsneurose) pour nous servir d'une vivante expression empruntée à Freud.

Sur la physionomie et la progression de certaines lésions cellulaires corticales accompagnant les accidents mentaux des maladies générales (Laboratoire de M. le Professeur agrégé Gilbert Ballet).

M. Maurice Faure (Paris). — Je présente 15 photographies microscopiques reproduisant l'aspect des cellules pyramidales (grandes cellules du lobule paracentral) chez douze malades, morts de maladies générales (pneumonie, tuberculose, lésions du foie, lésions du rein), avec des troubles mentaux plus ou moins accentués. On constate que, dans cinq cas, les cellules ont conservé le type normal, ce qui démontre une fois de plus, que l'on peut avoir certains troubles fonctionnels cérébraux, même accentués, sans que la lésion correspondante de l'organe soit appréciable à nos investigations. Dans sept cas, au contraire, les cellules sont manifestement altérées et cette altération présente exactement les mêmes caractères dans tous les cas. Nous avons, dans des publications antérieures, insisté sur la physionomie typique de cette lésion, dont nous rappellerons seulement ici les caractères fondamentaux : forme globuleuse de la cellule, migration périphérique du noyau, décoloration centrale de la cellule. Ce qui nous paraît aujourd'hui particulièrement digne d'être signalé, c'est qu'en réunissant ainsi, dans une étude d'ensemble, ces divers cas auxquels nous venons de faire allusion, nous pouvons mettre très nettement en évidence le parallélisme d'intensité des lésions corticales, des troubles mentaux et des accidents généraux de la maladie.

Si donc l'hypothèse qui impute l'apparition des troubles mentaux dans les maladies générales (délire fébrile, confusion mentale, hallucinations, etc.) à l'action cérébrale des poisons fabriqués dans un organisme infecté ou intoxiqué est une hypothèse exacte,

elle peut s'appliquer avec la même vraisemblance à l'explication des lésions que nous avons rencontrées.

Ces lésions, que nous avons vainement recherchées dans un grand nombre d'autres autopsies d'origine variée, dont le type est fort différent des lésions banales que l'hyperthermie, l'agonie, la décomposition cadavérique peuvent réaliser, paraissent devoir être rencontrées dans les cas où une toxi-infection, quels qu'en soient la nature et le siège, agira sur les cellules nerveuses pour en modifier la structure et la fonction. Dans les neurones spino-périphériques, de semblables actions donneront naissance aux polynévrites, qui s'accompagnent précisément fort souvent d'altérations cellulaires spinales, exactement semblables à celles que nous venons de montrer dans les cellules cérébrales. De même que les polynévrites sont formées de symptômes et de lésions toujours les mêmes ou à peu près, quelle que soit leur cause (alcoolisme, tuberculose, etc.), de même les lésions corticales, que nous signalons resteront les mêmes, bien que dues à des causes variées (fièvre, injection, intoxication, etc.); il en est ainsi, d'ailleurs, pour les troubles mentaux qui les accompagnent, et qui varient peu malgré la variété des maladies qui les engendrent (délire de fièvre typhoïde, de pneumonie, d'infection puerpérale, etc.).

Du même auteur. — La cellule nerveuse et le neurone; structure et fonction à l'état normal et pathologique (Revue générale). *Gazette des hôpitaux*, 29 juillet 1899. — Les poliomyélites (Revue générale). *Gazette des hôpitaux* du 8 octobre 1898. — Lésions cellulaires dans la maladie de Parkinson (en collaboration avec M. le professeur ag. Gilbert Ballet). *Revue neurologique*, octobre 1897. — Atrophie des grandes cellules pyramidales dans la zone motrice de l'écorce cérébrale, après la section expérimentale des fibres de projection chez le chien (en collaboration avec M. le professeur ag. Gilbert Ballet). *Médecine moderne*, 29 mars 1899. — Contribution à l'anatomie pathologique de la psychose polynévritique et de certaines formes de confusion mentale primitive (en collaboration avec M. le professeur ag. Gilbert Ballet). *Presse médicale*, 30 novembre 1898. — Sur les lésions cellulaires corticales observées dans 6 cas de troubles mentaux toxi-infectieux. *Revue neurologique*, décembre 1899. — Le délire dans les maladies aiguës (en collaboration avec G. Desvaulx). *Médecine moderne*, août 1899. — Sur un syndrome mental fréquemment lié à l'insuffisance des fonctions hépstorénales (1 vol., Ruef, éd., Paris). — Importance des lésions hépatiques dans les cas de délire au cours des maladies infectieuses (Communications au Congrès de 1900, Paris, et *Médecine moderne*, août 1900).

M. Gilbert Ballet affirme l'importance des lésions cellulaires. Leur extrême fréquence n'infirme en rien leur valeur, comme on serait tenté de le supposer. Autrefois, Charcot pensait qu'il ne fallait pas attacher grande importance aux signes anatomo-pathologiques de dégénérescence observés dans les nerfs atteints de névrite post-typhique.

On connaît aujourd'hui l'importance de ces lésions anatomiques. Il en est de même pour les lésions cellulaires, que l'on est tenté de considérer comme insignifiantes, simplement parce qu'on les trouve très souvent. C'est un tort. Leur fréquence ne leur enlève rien de leur valeur ni de leur importance.

Deux cas de troubles mentaux toxi-infectieux avec examen histologique.

M. Laignel Lavastine, interne des hôpitaux de Paris, rapporte deux cas de troubles mentaux toxi-infectieux avec lésions cellulaires corticales. Chez deux malades qu'il a observés, l'un dans le service de M. le Dr Gilbert Ballet, l'autre dans le service de M. le Dr Béclère à l'hôpital Saint-Antoine, il a constaté pendant la vie les symptômes suivants : fièvre, pouls rapide, état saburral du tube digestif, facies hagard, perte des notions de temps et de lieu, délire avec hallucinations et refus d'alimentation. A l'autopsie, les lésions macroscopiques étaient banales : mais l'examen de l'écorce cérébrale à l'hématoxyline, éosine, au picro-carmin et par la méthode de Nissl a montré, *en même temps que l'absence d'inflammation des grandes cellules pyramidales*, décrites pour la première fois par M. Ballet et consistant essentiellement dans la forme globuleuse de la cellule, la chromatolyse et la migration périphérique du noyau. Des projections successives des préparations de l'auteur et de celles de MM. Ballet et Faure permettent de se rendre compte de l'identité des lésions. Ce syndrome anatomo-clinique paraît relativement fréquent.

La psychose d'insolation ; par M. le Dr E. Régis.

Traitement des douleurs du tabes par l'aspirine et la rachi-cocaïnisation sous-arachnoïdienne.

M. Marchand. — Dans 4 cas sur 5 de douleurs tabétiques, l'aspirine nous a donné une sédation presque complète de la douleur. Les doses ont été de 1 à 3, 4 et même 5 grammes, suivant la tolérance. L'intolérance gastrique ne se montre généralement qu'après un long emploi. Nous pensons que l'aspirine pourra rendre de grands services dans le traitement des douleurs fulgurantes du tabes et prendre place à côté de l'antipyrine et de l'exalgine dans l'arsenal thérapeutique du neurologiste. Dans deux cas de crises gastriques violentes, nous avons eu recours à l'injection sous-arachnoïdienne de cocaïne suivant le procédé de Tuffier. Nous avons eu deux succès et cela sans inconvénients d'aucune sorte consécutivement à l'injection. Dans le premier cas le malade souffrait depuis quinze jours et fut calmé complètement. Il n'a pas eu

de reprise de douleurs depuis trois semaines. Dans le second cas, un vomissement léger suivit l'injection, la douleur disparut complètement. Nous avons injecté environ 2 centimètres cubes de rachicocaïne Carrion à 0,50 p. 100 à chacun de nos malades.

Nos deux observations contribuent à montrer la puissance analgésiante de doses minimes de cocaïne ainsi injectée sur les douleurs viscérales tenaces du tabes. Ce résultat est explicable si l'on songe que la cocaïne agit ainsi, localement, pour ainsi dire, sur la source même de l'évolution et de ses troubles, sensitifs, les racines postérieures. Or d'après MM. Truffier et Hallion, c'est précisément sur ces racines que s'exerce d'une façon presque exclusive l'action paralysante de la cocaïne.

A côté de ces avantages, l'injection sous-arachnoïdienne de cocaïne présente des inconvénients, asepsie, technique, etc..., qui limitent ses indications. Nous croyons qu'il faudra la réserver pour les cas, très peu fréquents, où l'on se trouvera en présence d'un de ces états de crise douloureuse, périphérique ou viscérale, qui souvent dure huit, dix, quinze jours et que rien ne calme. Les médications intenses, les piqûres de morphine même à dose dangereuse échouent. C'est alors que l'on pourra recourir à l'injection sous-arachnoïdienne de cocaïne.

M. Laignel Lavastine dit qu'il a pratiqué avec succès, à diverses reprises, l'injection sous-arachnoïdienne de cocaïne chez des tabétiques dans le service de M. le professeur Landouzy.

Traitement médico-pédagogique des enfants idiots.

M. Bourneville. — En raison de l'organisation défectueuse de l'enseignement clinique, beaucoup de médecins n'ont qu'une connaissance imparfaite des maladies chroniques du système nerveux chez les enfants. D'où leur hésitation, de bonne foi, sur ce qu'il y a à faire pour cette catégorie de malades, pourtant si nombreuse. Dans nos *Congrès* précédents, au *Congrès international* de 1900, nous avons essayé de combler cette lacune, en montrant les améliorations réalisées chez les *microcéphales*. D'où encore cette nouvelle communication destinée à montrer, par des faits que, chez les enfants, *même les plus malades*, il est possible d'obtenir une amélioration sérieuse. A plus forte raison chez les enfants *imbéciles* ou simplement *arriérés*.

A l'appui, nous faisons passer sous vos yeux 18 *photographies collectives* d'enfant idiots complets, c'est-à-dire ne tenant pas debout où ne marchant pas à l'entrée, gâteux, ne parlant point, incapables de manger seuls, de s'habiller, de se laver, etc. ; en un mot, *êtres tout à fait végétatifs*. Leurs photographies ont été prises de deux en deux ans. L'examen de ces photographies collectives les montre successivement marchant et propres, se développant

physiquement et intellectuellement. Voici le résumé de l'observation de nos malades :

Bign... (Georges), âgé de treize ans. Cet enfant, atteint d'*idiotie complète à l'entrée*, ne marchait pas, la parole était nulle, le gâtisme complet. *Aujourd'hui*, il est *amélioré:* la *parole* est bonne, l'enfant cependant conserve une prononciation défectueuse, mais il répond exactement quand on lui parle, fait des phrases et comprend bien tout ce qu'on lui dit. Il s'habille, se déshabille seul et proprement. Il se rend utile à tous les travaux du ménage. Son travail à la classe est bon, il écrit assez lisiblement, commence à syllaber et sait le nom des objets usuels, fait sur le cahier des barres et des 0 et travaille bien à la gymnastique. — Apprenti cordonnier, il est chaque semaine récompensé. Au *réfectoire*, il a appris à se servir de la cuiller et de la fourchette, et il mange très proprement. Il se rend également utile à table, en aidant les plus petits à manger, à débarrasser sa table et ranger son petit panier de cuillers. Il commence à se débarbouiller seul. Il est devenu prévenant, gai, très joueur; n'est pas méchant pour les petits.

Bezo... (Jean), quatorze ans et demi. Atteint d'*imbécillité prononcée*. A son *entrée*, il ne connaissait aucune lettre, ne pouvait, sur le cahier, reproduire que des 0, et n'avait aucune notion sur les opérations arithmétiques. *Actuellement*, l'enfant lit couramment, écrit lisiblement, fait des devoirs et des dictées, sans trop de fautes, peut écrire lui-même à sa famille et sans le concours de personne. Il fait les trois premières opérations en arithmétique, a quelques notions élémentaires de grammaire et de géographie et connaît très exactement la division du temps. — En résumé, cet enfant est arrivé à un degré presque normal. — Apprenti tailleur, il travaille bien, fait partie de la *fanfare*. (Il est heureux d'y être et connaît les notes.)

Lambe... (Louis), quatorze ans. Atteint d'*idiotie* complète, grand gâteux jour et nuit, ne parlant pas, ne se servant pas de la cuiller, très craintif : on ne pouvait pas s'approcher de lui sans qu'il sursautât. Attention difficile à fixer, aucune notion sous le rapport de l'habillement et de la toilette. *Aujourd'hui*, il n'est plus gâteux, s'habille et se déshabille seul, commence à se nettoyer assez bien, aide même les infirmières à habiller les enfants, est très complaisant et doux envers les enfants plus petits que lui, est très affectueux. Il aime à se rendre utile. Mange proprement, se sert de la cuiller et de la fourchette. — A la *classe* les progrès sont plus lents; il a peu de mémoire, cependant il est parvenu à placer les lettres et les chiffres et à reconnaître les légumes. Pour la parole, il a fait des progrès, il cause assez convenablement, mais la prononciation est assez défectueuse. Il fait assez bien les commissions.

Lam... (Gaston), quatorze ans et demi, atteint d'*idiotie profonde* avec gâtisme, avait de l'écholalie, prononçait mal quelques mots : du *panpin* pour *pain*, *à barre* pour *à boire*, *mimmin* pour *maman*. Aucune notion, ne savait pas s'habiller, se déshabiller, se nettoyer, ne connaissait pas les parties de son corps, il montrait son nez pour sa tête, son pied pour sa main, etc.

Actuellement, il est propre, s'habille, se déshabille, se nettoie seul, mange proprement, se sert de la cuiller et de la fourchette, débarrasse le couvert au réfectoire et commence à laver la vaisselle. — Répond bien aux questions qui lui sont posées et commence à tenir conversation.

Pierre (Louis), onze ans. Enfant atteint d'*idiotie profonde*, n'ayant aucune notion à son entrée, Il ne prononçait que les mots papa et maman, ne savait pas s'habiller, se déshabiller, se nettoyer, n'avait aucune notion sous le rapport des exercices classiques.

Aujourd'hui, il est complètement propre, s'habille, se déshabille et se nettoie seul. Il place les lettres et les reconnaît. Parle assez à propos et prononce assez bien les mots.

Troec... (Édouard), cinq ans et demi. Cet enfant attteint d'*idiotie profonde* et d'*épilepsie*, était grand gâteux, ne parlait pas, ne savait pas manger seul. L'attention était difficile à fixer, une vraie petite bête. Il est parvenu à manger seul, à se servir de la cuiller et de la fourchette. Est propre le jour et la nuit, va seul au siège. Sa parole s'est notablement améliorée, sa prononciation est assez bonne, à l'exception de quelques mots défectueux ; il chante tous les airs des chansons qu'il entend, se débarbouille seul, mais le fait encore maladroitement. *Suppression des vertiges et des accès épileptiques depuis environ deux ans.* (Cet enfant avait été *trépané* et avait subi la *résection* du sympathique au cou, *sans aucun résultat.*)

Georg... (Fernand), huit ans. Atteint d'*imbécillité*, avec colères fréquentes, et manie de ronger les vêtements, était, à son *entrée*, dans l'impossibilité de lire, il ne savait pas non plus écrire et avait peu de notions sur les choses usuelles. Son état s'est bien amélioré, les colères sont moins fréquentes, et la manie de ronger a disparu. De notables progrès sont à signaler à la *classe* et, *aujourd'hui*, il lit couramment en se rendant bien compte de ce qu'il lit, écrit lisiblement, fait la dictée avec les grands, et commence à faire des problèmes sur l'addition et la soustraction. Il reproduit aussi quelques traits de dessin et y apporte un certain goût. — En résumé l'enfant se rapproche de plus en plus en plus de l'état normal.

Maur... (Pierre), 16 ans, enfant atteint d'*idiotie profonde*, marchait à peine; la parole était nulle, et il gâtait la nuit et le jour. — Incapable de se vêtir, de manger seul, il procède *aujourd'hui*

à ces soins d'une manière convenable. — Il parle, comprend et tient bien une conversation. — A la *classe*, il est arrivé à pouvoir écrire assez lisiblement, a fait quelques progrès concernant les leçons de choses et la gymnastique.

Provo... (Edmond), neuf ans. Est entré dans le service atteint d'*idiotie complète*. avec gâtisme; marche et parole nulles. *Aujourd'hui*, il parle, marche, s'habille et se déshabille seul, et se rend utile aux travaux du ménage. — Il écrit lisiblement, mais est lent à la lecture.

Baupi... (Louis), douze ans, atteint d'*idiotie complète*, ne marchait pas à son entrée, et se tenait difficilement debout, toujours dans un coin, l'air attristé, ne se retournant même pas quand on l'appelait (ce qui l'avait fait surnommer par les autres la *petite misère*). Il était grand gâteux, la parole était nulle, et à table il ne savait pas manger seul (même avec les mains.) — *Actuellement*, l'enfant prononce mal, il est vrai, mais il connaît le nom des personnes qui sont avec lui, les reconnaît même quand elles quittent le service et qu'elles y reviennent.

Ricqu... (Émile), sept ans, atteint d'*idiotie profonde* et d'*hémiplégie*. A son arrivée, en mai 1899, il gâtait jour et nuit. Parole à peu près nulle, limitée à papa, maman, pa pour pain. — Aujourd'hui, il ne gâte plus; il exprime ses besoins. La parole a fait de grands progrès; il dit tous les jours des mots nouveaux mais avec une articulation encore très défectueuse. — Il s'habille et se déshabille seul sans pouvoir cependant lacer, nouer, boutonner.

Cet enfant, atteint à son arrivée de *dacnomanie* (ou manie de mordre), sans colère, sans cause aucune, pour le seul plaisir de mordre, est enfin guéri de ce penchant.

Pard... (Marcel), quatre ans et demi, atteint d'*idiotie du second degré* compliquée d'*hémiplégie*. — A son *arrivée* (mars 1899), il serait resté des journées entières sans bouger de place, se balançant continuellement d'avant en arrière, en poussant une sorte de plainte ininterrompue. Il ne parlait pas ou du moins ne disait que papa et pain avec beaucoup de peine et très rarement. — Il marchait lorsqu'on lui donnait la main mais, le quittait-on un instant, il restait immobile, ne faisant plus un seul pas; nous faisions mine alors de nous éloigner et l'appellions; il pleurait, ne bougeait pas davantage et serait resté ainsi indéfiniment.

Aujourd'hui, Pard... marche seul et court souvent; monte et descend les escaliers sans aide. Très en progrès également pour la parole, il répète et comprend maintenant tout ce qu'on lui dit, commmence à parler un peu de lui-même. La voix est basse, caverneuse et l'articulation laisse beaucoup à désirer, mais enfin il parle, avec à propos, et nous comprenons ce qu'il veut dire. — Le caractère devient plus enjoué, plus affectueux. Pard.. commence à jouer avec ses camarades,

Del... (Marcel), cinq ans, atteint d'*idiotie* compliquée d'*impulsions violentes*, que nous avons signalé l'année dernière comme amélioré pour la parole, a continué ses progrès; il dit tous les jours des mots nouveaux, qu'il prononce mieux, avec moins de volubilité et une articulation plus franche. Le regard, toujours vague, et ne reposant sur rien, se fixe davantage. A table, il remarque les plats, tend son assiette et réclame bien sa part si on tarde à le servir : lorsque le pain est un peu plus petit que d'habitude il s'en aperçoit de suite et le jette avec colère. Del... est arrivé à manger seul en se servant de la cuiller; il se déshabille mais ne peut encore s'habiller.

Laure.. (Marcel), onze ans. *Microcéphale* atteint d'*idiotie* et d'*instabilité mentale*, d'une turbulence excessive, reste maintenant volontiers en classe, est heureux que l'on s'occupe de lui et travaille avec plaisir. L'amour-propre semble s'éveiller mais, plus sensible aux louanges qu'aux reproches, il faut constamment lui prodiguer des encouragements.

Le vocabulaire de Laure.. s'étend chaque jour : il emploie les pronoms, les verbes à propos et forme des phrases qui souvent nous étonnent par les expressions nouvelles qui y sont contenues. Il a réalisé de grands progrès pour l'écriture. Suivant en cela la méthode préconisée par Séguin nous avons essayé avec nos *trois microcéphales* (dont Laure...) de faire débuter l'enseignement de l'écriture par quelques notions de dessin; c'est ainsi que nous leur avons enseigné à reconnaître et tracer les lignes verticale, horizontale, oblique, courbe pour passer à leurs combinaisons : triangle, carré, cercle, etc., et enfin, à la formation des lettres. — Cette manière de procéder nous a donné des résultats assez satisfaisants. Laur... formé maintenant toutes les petites lettres et quelques grandes dérivées de o telles que d, q, g; il trace également tous les chiffres dont il a appris la valeur avec beaucoup de peine. — Grande difficulté toujours pour la lecture au Syllabaire et cependant cet enfant, à l'aide des lettres mobiles, place les consonnes devant une voyelle quelconque et reconnaît bien les sons obtenus ainsi. — Il lit un certain nombre de *mots imprimés*, isolément, tels que ceux qui sont relatifs aux couleurs, nombres, surfaces, etc.

Chai... (Louis), dix ans est entré en janvier 1898. — *Microphale* à un degré prononcé, atteint d'*idiotie* et d'*instabilité mentale*. L'instabilité est un peu moins grande qu'à l'arrivée; il apporte un peu plus d'attention aux exercices classiques: il vient maintenant en classe avec plaisir et travaille volontiers si l'on s'occupe exclusivement de lui, mais dès que l'on passe à un autre enfant, il cesse de travailler, regarde à droite et gauche et, finalement, se dérange de sa place pour aller taquiner ou frapper ses petits camarades. Et cependant Chai... n'est pas foncièrement méchant mais il a le goût du commandement et lui, qui est l'indi-

discipline en personne, morigène et corrige continuellement les autres enfants.

Apportant néanmoins une attention un peu plus soutenue. il a réalisé de notables progrès. Chai... trace régulièrement les principales lignes, quelques surfaces d'une façon très élémentaire mais donnant parfaitement l'idée de la figure que l'enfant a voulu représenter, enfin il forme presque toutes les lettres et commence à les assembler,

Cet enfant qui, ayant quelques dispositions pour l'écriture, reproduit assez fidèlement un modèle donné, est incapable de suivre un tracé. (Nous avons plusieurs enfants dans ce cas). — La mémoire, des plus fugitives, fait oublier à Chai... ce qu'il a appris assez vite la veille, aussi constatons-nous peu de progrès pour la lecture au syllabaire. Nous obtenons davantage à l'aide des lettres mobiles. La parole, chez cet enfant, continue à s'améliorer.

Sterlin... (Georges), douze ans, est entré en mai 1894. — *Microcéphale atteint d'idiotie et d'instabilité.* A son *arrivée*, cet enfant avait la monomanie des fugues. Dès qu'une porte était ouverte, il disparaissait et nous étions toujours à sa recherche. Chez lui, le langage faisait absolument défaut par absences d'idées, croyons-nous, car bien que l'articulation laissât à désirer, principalement pour le *k*, prononcé *t*, et le *g* changé en *n*, elle n'était pas totalement défectueuse. Sterl..., s'isolait, ne jouait avec ses camarades, leur parlait encore moins. A nos questions il répondait par monosyllabes. Recevait-il un coup, il ne criait pas, ne se plaignait pas et il était difficile de savoir où et comment il l'avait reçu. Son caractère sombre, un peu sournois, s'est heureusement modifié. Il prend part maintenant aux jeux de ses camarades, sait se plaindre et même se défendre lorsque ceux-ci veulent le battre; enfin il vient souvent vers nous et, sans être interrogé, nous cause avec à propos. Sa parole nous surprend souvent par la longueur des phrases qu'il forme et les idées qu'elles expriment.

Très mal doué sous le rapport de la mémoire, Sterlin... éprouve une grande difficulté pour la lecture; les progrès sont plus sensibles pour l'écriture : il trace tous les chiffres, se rend compte des quantités qu'ils représentent, forme bien les petites lettres, commence à les assembler.

Tier... (Pierre), seize ans, est entré en mai 1895. — *Sourd-muet* renvoyé de l'école d'Asnières comme *arriéré* et incapable d'apprendre. Les progrès sont sensibles mais l'articulation continuant à ne pas nous donner entière satisfaction, nous nous appliquons surtout à apprendre à cet enfant le nom de tout ce qui l'entoure ainsi que les quelques connaissances pratiques qui nous semblent devoir lui être utiles, telles que : exprimer ses besoins, la soif, la faim, le chaud, le froid, la souffrance. Il a appris, dans le courant de cette année son nom, son âge, la date de sa naissance, les jours de la semaine, les

mois, l'heure, les nombres, la valeur des sous et centimes ce qui, ajouté aux connaissances acquises précédemment, porte à près de 500 le nombre de mots que nous avons appris à cet enfant. Ces mots, *notre élève les comprend*, lit et écrit ; il cherche à les articuler, plus souvent mal que bien, mais enfin arrive à se faire comprendre, si ce n'est pas par la parole, du moins par l'écriture.

Nous devons joindre à cela l'addition, la soustraction et la multiplication que notre élève fait bien, mais sans en comprendre encore l'application. Etant parvenus à lui faire prendre goût au dessin, nous lui faisons reproduire, chaque jour, quelques objets usuels, au-dessous desquels il doit écrire les noms correspondant. Tier..,, travaille toujours à l'atelier des tailleurs, où son patron est satisfait de son travail.

Mil.. (Emile), neuf ans, est entré le 10 août 1895. A son *arrivée*, il était atteint d'*idiotie complete*, gâtait, ne savait pas s'habiller, mangeait à pleine main, était d'une nature extrêmement paresseuse, somnolente et n'avait aucune notion *classique*. En 1896, il est *rendu propre*, mange plus convenablement, commence à s'habiller. — En 1897 il a appris à lacer, nouer, boutonner, à se laver les mains seul, à reconnaitre les couleurs, les principales parties de son corps, presque tout le contenu de la boîte aux leçons de choses. — En 1898, il reconnaît et nomme les lettres, chiffres, surfaces ; place bien les bâtonnets dans le casier ; exécute bien les mouvements de la petite gymnastique. — Dans le courant de 1899, il commence seulement à prendre goût à la lecture et à l'écriture, lit un certain nombre de nos *mots imprimés* et s'intéresse davantage à tous les exercices classiques.

Enfin, cette année (1900), les progrès ont été très sensibles pour la lecture, l'écriture et le calcul. Cet enfant, dont l'amour-propre s'est éveillé, est heureux des progrès réalisés et travaille avec plaisir. Il lit et écrit un grand nombre de mots imprimés isolément ; syllabe assez facilement ; fait l'addition, la soustraction, commence la multiplication. L'écriture, très améliorée, est très lisible. Cet enfant est en bonne voie pour la lecture courante.

Fél... (Léon), treize ans et demi, est entré en mai 1890. Il était atteint d'*idiotie prononcée* compliquée d'*épilepsie* et d'*hémiplégie droite*.

A son *arrivée*, Fél... se tenait à peine debout et gâtait jour et nuit. La parole, très défectueuse, était presque incompréhensible. Cet enfant a été rendu propre en 1893 et sa parole, très améliorée, commence, à cette époque, à être bien distincte, il forme de petites phrases. En 1894, il s'habille et se déshabille seul, place les lettres, les surfaces, les couleurs. Il commence à former quelques lettres et chiffres en 1895. Toujours en mouvement, Fél... se balançait d'avant en arrière dès qu'on l'obligeait à rester assis.

En 1898, notre élève commence à prendre goût à la lecture. —

En 1899, sous l'influence du traitement, *les accès d'épilepsie se raréfient et nous constatons en même temps une sensible amélioration* dans l'intellect de cet enfant. A partir de cette époque, la mémoire a paru se développer et les progrès en toutes choses s'en sont ressentis, principalement pour la lecture qui semblait être pour Fel.... d'une difficulté insurmontable, car nous avançions d'une page pour retourner de deux en arrière le lendemain. Enfin cette année notre élève a fini par passer à la lecture courante ; il comprend ce qu'il lit, pas toujours ce qu'il écrit. Il commence cependant à faire de petits devoirs de grammaire qu'il comprend. L'écriture est bonne et très lisible, bien que l'enfant écrive de la main gauche, le côté droit étant paralysé. Pour le calcul, il fait l'addition avec retenues et commence la soustraction mais nous éprouvons une difficulté très grande à lui faire saisir le plus simple calcul mental. Tout ce qu'on est parvenu à apprendre à cet enfant n'a été obtenu qu'avec une grande dépense de peine et de temps, car il est beaucoup plus dépourvu qu'il ne le paraît de prime abord.

Lemait... (Georges), treize ans et demi, est entré en avril 1890. — A son *arrivée*, cet enfant atteint d'*idiotie profonde* : se trouvait presque au dernier degré de l'échelle intellectuelle ayant tous les tics et manies des idiots ; parole nulle, poussant des cris sauvages ; mordant ceux qui l'entouraient, gâtant jour et nuit.

Cet enfant, signalé dans le *Compte rendu* de 1899 comme très amélioré, est enfin arrivé à lire couramment, grâce à l'emploi simultané du syllabaire et des *mots imprimés* isolément.

L'écriture, ayant marché de front, il copie chaque jour la leçon de lecture et écrit de mémoire un certain nombre de mots, tels que ceux concernant les *couleurs*, *nombres*, *jours* de la semaine, *vêtements*, *famille*. Lemait... éprouve une grande difficulté pour le calcul ; il commence cependant à faire seul l'addition.

La parole est encore défectueuse. Néanmoins notre élève a réalisé de sensibles progrès ; il a acquis pendant cette année ch, g, v, z, j, r, ill, gn, bl ; mais tous ces sons, bien articulés au commencement ou dans le corps des mots, sont nuls lorsqu'ils forment la syllabe finale muette ; ainsi Lemait..., qui dit : très bien blanc, bleu, tableau, dira : « ta » pour table « por » porte ; de même il dira « papa » pour paille ; « vi » pour vigne alors qu'il dit facilement bouillon, gagné.

Mazie... (Henri), né le 2 juillet 1884 est entré dans notre service le 3 décembre 1887 : *idiotie complète* avec *microcéphalie* très prononcée. *A l'entrée* (trois ans et demi) : station verticale impossible ; attention, parole et préhension nulles ; il ne s'aide en rien, ne mâche pas ses aliments, gâte nuit et jour. — Tics.

Aujourd'hui Maz... n'a besoin de personne pour ses besoins personnels ; il est très soigneux ; on peut même dire coquet. Il se livre à tous les jeux avec agilité et adresse. Il a fait de sensibles

progrès en gymnastique. Il parle couramment alors que la parole était nulle jusqu'à la fin de sa troisième année; tout ce qu'il dit est raisonnable et a un sens précis. S'il avance lentement dans l'enseignement purement intellectuel, il avance avec continuité et l'on doit espérer qu'avec l'application persistante de la méthode appliquée jusqu'ici, il possèdera dans un certain temps les connaissances indispensables dans la vie sociale.

Les photographies que nous avons fait passer sous vos yeux, nous semblent, Messieurs, tout à fait démonstratives. Elles mettent en évidence la possibilité d'une amélioration considérable pouvant aller jusqu'à la guérison. De tels résultats ne peuvent être obtenus qu'à certaines conditions : 1° appliquer le *traitement médico-pédagogique* le plus tôt possible dès que les premiers signes de l'idiotie ont été reconnus, à deux ans, même avant. Les médecins embarrassés consolent les parents en leur disant qu'à sept ans il surviendra une amélioration. Cet âge arrive, mais pas l'amélioration promise. Ils l'ajournent à douze, treize ans, sans motif fondé. Cet âge arrive aussi, mais l'état s'est aggravé : à la maladie nerveuse et mentale se sont ajoutées des habitudes vicieuses.

La deuxième condition à remplir, c'est de continuer le traitement avec persistance pendant un long temps, au point de vue intellectuel et au point de vue physique, afin de modifier profondément l'état nerveux fondamental, la diathèse nerveuse si l'on veut.

Voici rapidement comment il faut procéder : apprendre à l'enfant à se tenir debout, à marcher, courir, sauter, monter et descendre les escaliers, à se servir de ses mains, à devenir propre; — puis éducation des sens, de la main en particulier, ce qui permet d'apprendre à l'enfant à se déshabiller, à s'habiller, à se laver, à manger seul : l'enfant, peut, à ce moment, se suffire à lui-même.

Ce n'est qu'après l'obtention de ces résultats qu'il convient d'aborder l'*instruction*, en commençant par les *leçons de choses*, l'enseignement des *notions u uelles*, par exemple, le nom des régions du corps, des parties du vêtement, des meubles du dortoir, des objets du réfectoire, de la classe; la reconnaissance des animaux domestiques, des personnes de l'entourage, etc. Ceci acquis, mais seulement alors, on arrive à l'*instruction primaire* et parallèlement ou plus tard à l'*enseignement manuel*.

Les faits que nous venons de résumer brièvement ne laissent aucun doute sur la possibilité de parvenir à apprendre à lire, écrire, compter, chanter, à coudre, rempailler des chaises, faire des brosses, de la vannerie, etc., et cela à des enfants qui, à l'arrivée, étaient des *idiots complets*, en apparence tout à fait incurables. C'est donc à tort qu'on a prétendu exclure du traitement médico-pédagogique l'instruction primaire, dont, d'ailleurs, profitent dans une beaucoup plus large mesure les enfants moins

profondément atteints, les *imbéciles* et les *arriérés*. La distinction qu'on a voulu établir entre les idioties congénitales et les idioties acquises, considérant les premières comme étant seules curables, n'est pas non plus fondée. Elle ne l'est, et encore qu'en partie, que pour les enfants atteints de méningites ou de méningo-encéphalites chroniques.

Si cette communication peut apporter la conviction dans l'esprit de nos collègues, il est certain qu'ils pourront alors être utiles à leurs jeunes malades, en conseillant, comme il convient, leurs familles. Ils supprimeront des incurables.

Photographies et radiographies de diverses malformations des membres chez les idiots ; par Bourneville (sera publié ultérieurement).

Troubles unilatéraux de la mimique faciale (hémi-mimie) chez les nerveux et sur l'importance qu'il convient de leur accorder.

MM. Lannois et Pautet (de Limoges). — Après avoir montré l'importance que les aliénistes et les neurologistes attachent à ces troubles en leur donnant une origine centrale, les auteurs, tout en faisant quelques réserves, montrent qu'il est une cause plus simple, à savoir : les altérations du nerf facial dans l'oreille moyenne. Ils rappellent la fréquence des paralysies et aussi, et c'est là le côté important de la question, des *parésies et des contractures systématisées* dues à une lésion de l'oreille moyenne, lésion pouvant passer inaperçue. MM. Lannois et Pautet présentent de nombreuses observations avec photographies à l'appui, les unes tirées d'un travail déjà publié[1], les autres prises récemment pour donner plus de poids à cette communication. Comme conclusion, les auteurs disent que la fréquence des paralysies, des parésies et des spasmes d'origine otique enlève une grande partie de leur valeur aux troubles unilatéraux de la mimique, en tant que signes de dégénérescence ou symptomatique d'une égalité des hémisphères cérébraux. En tous cas, lorsqu'on aura à examiner des malades qui présentent ces troubles, même s'ils sont hystériques, il est indispensable de noter chez eux l'examen de l'oreille.

Peptones des carnivores dans la neurasthénie et manière de se les procurer ; par le Dr Prosper Lemaistre, membre correspondant de l'Académie de médecine.

Catatonie et insuffisance rénale.

MM. Regis et Lalanne. — Sous le nom de « Catatonie », Kahlbaum

[1] G. Pautet. *La mimique faciale.* Paris, Baillière, 1900.

a décrit, comme on sait, en 1874, un état pathologique constitué à la fois, cliniquement, par des symptômes psychiques reproduisant successivement ceux de la mélancolie, de la manie, de la stupeur. avec confusion mentale, finalement de la démence, et par des symptômes somatiques consistant en phénomènes moteurs variables caractérisés surtout par la raideur musculaire cataleptoïde.

Kahlbaum considère la Catatonie comme une entité morbide spéciale et cette opinion est partagée par certains auteurs à l'étranger. En France, on regarde généralement la Catatonie, avec MM. Charlin, Séglas et avec M. Roubinowitch, comme un syndrome susceptible de se rencontrer sous diverses formes psychopathiques, en particulier de la stupeur. Quelle que soit la vérité à cet égard, il est un point de l'histoire de la Catatonie sur lequel on n'a pas, à notre connaissance, attiré l'attention jusqu'à ce jour et qui nous paraît cependant d'une réelle importance : il s'agit des rapports de la Catatonie avec l'auto-intoxication. On sait déjà, par des faits publiés par Brinaud et Laury, Dupré et Rabé, Latrou qu'on peut observer des attitudes cataleptiques dans l'urémie délirante, aiguë ou chronique. Il était donc naturel de penser que la Catatonie, dont la caractéristique symptomatique au point de vue physique est précisément la raideur cataleptique, pouvait être en rapport avec une auto-intoxication, surtout rénale.

Observation.— Le malade dont il s'agit est un homme de vingt-quatre ans, sans profession, sans hérédité pathologique bien marquée et sans antécédents personnels dignes d'être notés. Au milieu de bonne santé habituelle, tout à coup, le 12 mai 1897, il se plaint de céphalée, d'embarras gastrique, de lassitude générale. Il entre dans une période d'inappétence et d'insomnie qui dure jusqu'au 23 juin, jour où apparait une excitation anormale. Le malade est pris d'un besoin impérieux de mouvement et d'excitation désordonnée avec bouffées délirantes variées. Bientôt, son état prend un aspect franchement mélancolique, à type hypocondriaque, et il fait plusieurs tentatives de suicide. C'est dans ces conditions qu'il est pris de contractures généralisées à tout le corps, mais siégeant de préférence aux mains et aux muscles de l'abdomen. Il y a de véritables crises cataleptoïdes, dans lesquelles le corps est raidi, le regard fixé dans le vide, les pupilles démesurément grandies, le corps froid. Au point de vue mental, la stupeur est profonde ; le malade profère des sons inarticulés, véritable verbigération : il déchire tout ce qui lui tombe sous les mains ; puis un jour, il sort de sa torpeur, entre dans une phase d'agitation maniaque, brise les glaces de sa chambre, etc. En un mot, il réalise de façon complète le tableau clinique de la Catatonie de Kahlbaum.

La nature des phénomènes observés amène notre attention sur la fonction rénale et nous constatons des perturbations qui nous

mettent sur la voie du diagnostic pathogénique. Les nombreuses analyses faites nous révèlent, en effet, les particularités suivantes : 1° faible quantité d'urines émises (100 c. c. et au-dessous) ; 2° réaction alcaline ; 3° forte proportion d'ammoniaque ; 4° décomposition de l'urée dans la vessie ; 5° présence de traces d'albumine ; 6° présence d'acétone ; 7° présence de corps appartenant à la série aromatique, probablement la tyrosine ; 8° enfin la présence de phosphore incomplètement oxydé, pouvant aussi être sous la dépendance des troubles profonds que nous constatons.

A partir de ce moment-là, et en raison des troubles constatés du côté de la fonction rénale, nous instituons un traitement visant essentiellement l'auto-intoxication rénale (diurétiques, laxatifs répétés, diète lactée, etc.). Sous l'influence de cette médication, la fonction rénale ne tarda pas à s'améliorer progressivement ; le taux de l'urine se releva, et la composition en redevint de plus en plus normale ; parallèlement, l'état catatonique s'amenda par degrés, les attitudes cataleptoïdes disparaissant tout d'abord, puis l'agitation, enfin la confusion mentale, et le malade arriva ainsi à une guérison complète qui ne s'est pas démentie depuis trois ans.

Réflexions. — Il résulte de ce cas, dont nous n'avons donné ici qu'un simple résumé, que l'état pathologique désigné sous le nom de *Catatonie* peut être sous la dépendance d'une auto-intoxication rénale. Sans vouloir généraliser, à propos d'un simple fait, nous croyons qu'il doit en être fréquemment ainsi et nous appelons sur ce point important de pathogénie, susceptible de fournir à la thérapeutique une voie efficace, l'attention des observateurs.

M. Régis rappelle l'existence de troubles cérébraux consécutifs à une *insolation*. Les troubles observés furent d'abord de la confusion mentale, puis de l'amnésie, surtout de l'amnésie de fixation.

L'auteur pense que l'insolation provoque un état d'intoxication ainsi que l'aspect clinique des troubles mentaux semble le montrer.

Astoso-basophie.

MM. Dupré et Delarue rapportent sept cas d'astoso-basophobie. Ils distinguent trois formes : simple, associée, mixte. Au point de vue de l'aspect clinique, ils reconnaissent deux formes, l'une continue, l'autre par accès. Ils distinguent enfin trois types : l'un paralytique, l'autre spasmodique, le troisième ataxique.

De la barbe chez les femmes aliénées.

MM. Dupré et Aimé. — Les auteurs ont remarqué la fréquence plus grande de la moustache et de la barbe chez les femmes aliénées. Sur mille femmes aliénées et mille normales examinées à ce point de vue, les auteurs ont trouvé parmi les premières 290 fem-

mes barbues, les secondes 479. Si l'on fait le pourcentage on obtient ainsi 29 p. 100 dans les cas normaux, 47,9 p. 100 en aliénation mentale.

Epilepsie consciente, etc., par le Dr LALANNE.

Observation de sein hystérique.

M. LAMOIS présente la photographie d'une femme atteinte de sein hystérique. Tandis que le sein gauche est relativement petit et flasque, en rapport avec l'âge et l'habitus général de la malade, le droit est volumineux, piriforme et tendu avec une aréole beaucoup plus marquée. La pression du sein en masse, le pincement de l'aréole, sont hystérogènes. La malade éprouve dans l'organe des sensations de pesanteur, des lancées parfois si violentes qu'elle entra dans un service de chirurgie ou la question d'intervention pour tumeur fut discutée et résolue d'ailleurs par la négative.

Les faits de ce genre, où un symptôme banal comme la zone hystérique du sein prend une importance capitale et constitue une hystérie presque mono-symptomatique, sont rares et méritent de fixer l'attention des neurologistes et des chirurgiens.

Le prochain Congrès se réunira en 1902 à Grenoble, sous la présidence de M. le Dr Régis (de Bordeaux); secrétaire général, Dr Bonnet, de l'asile Saint-Robert, et, en 1903 à Pau. Voici les questions générales qui seront discutées à Grenoble :

Question de pathologie mentale : Des états anxieux dans les maladies mentales, M. le Dr Lalanne, rapporteur.

Question de pathologie nerveuse : Les tics en général, M. le Dr Noguès, rapporteur.

Question de médecine légale : Les auto-accusateurs au point de vue médico-légal, M. le Dr E. Dupré, rapporteur.

Le Congrès s'est terminé le 6 août par une excursion à Uzerche : « Qui a maison à Uzerche, dit un proverbe, a château en Limousin. »

Nous faisons appel à tous nos collègues du Congrès pour combler les lacunes de notre *Compte rendu* [1].

BOURNEVILLE.

[1] Nous dirons un mot de la visite de l'asile de Naugeat.

SOCIÉTÉ D'HYPNOLOGIE ET DE PSYCHOLOGIE

Séance du 16 juillet 1901. — PRÉSIDENCE DE M. JULES VOISIN

Le traitement psycho-mécanique de la chorée, des tics et des habitudes automatiques.

M. BÉRILLON expose le traitement psychomécanique de la chorée, des tics, et habitudes automatiques; il insiste sur la nécessité de créer un centre d'arrêt psychique. Il présente deux malades qu'il a guéris par la suggestion hypnotique : 1° un jeune garçon atteint de kleptomanie et d'onychophagie ; 2° une femme qui, depuis son enfance, présente le tic du grincement des dents. Il présente, en outre, une chanteuse qui offre une émotivité morbide telle qu'une fois en scène, elle ne peut émettre aucun son. La suggestion hypnotique l'a totalement guérie de ce trac.

Les agents provocateurs de l'hystérie chez les animaux.

M. LÉPINAY rapporte de nombreux faits desquels il résulte que des accidents hystériques tels que mutisme, aphonie, tics, chorée, paralysie, paraplégie, contracture, convulsions, dysphagie, polyurie, peuvent être causés chez les animaux comme chez les humains par diverses causes, telles que : émotions morales vives, traumatismes, électricité (foudre et plots), maladies générales, castration, réprimandes vigoureuses, etc. De nombreux animaux sont abattus comme inutilisables ou dangereux, souvent même comme atteints de la rage, alors que, par exemple, ils présentent seulement des convulsions hystériques passagères. Des faits analogues sont rapportés par MM. Bérillon, Paul Magnin, Baraduc et Lionel Dauriac.

Deux cas de vomissements incoercibles guéris par suggestion.

M. PAUL FAREZ. Une jeune fille de vingt ans est prise de vomissements qu'on rapporte à une péritonite ou à une appendicite. Quand l'affection abdominale aiguë est passée, les vomissements subsistent à l'état chronique ; ils se maintiennent en vertu d'une sorte d'habitude acquise; ils sont entretenus par l'influence suggestive d'un milieu psychiquement septique. Pendant plusieurs mois, cette jeune fille vomit régulièrement à chaque repas; elle devient maigre, affaiblie et ne pèse que soixante-treize livres. Un changement de milieu amène une amélioration ; mais la perni-

cieuse influence suggestive étant survenue à nouveau, les vomissements réapparaissent à chaque repas. Je vois alors cette malade et, en quelques jours, j'arrive à supprimer tout à fait ces vomissements en badigeonnant de collodion au bleu de méthylène les régions cutanées qui correspondent à l'estomac et à l'œsophage. Dès lors, cette jeune fille supporte toute espèce d'alimentation et ne tarde pas à engraisser.

Le deuxième cas est celui d'une femme de trente-cinq ans, mère de deux enfants. Il y a trois mois, ses règles ne viennent pas. Cette aménorrhée lui fait croire à l'existence d'une grossesse. Désolée, elle recourt à toutes sortes d'emménagogues, mais les règles ne réapparaissent pas. Bientôt elle présente tous les symptômes qui font croire à la probabilité d'une grossesse. Pendant un mois entier, elle vomit toute espèce de nourriture, sauf le lait. Depuis une semaine, le lait lui-même est rejeté aussitôt après son ingestion. Cette femme est exténuée, épuisée ; elle ne peut se tenir debout et garde le lit. En outre, elle présente un ptyalisme extrêmement abondant. Sans me prononcer sur l'existence ou la non-existence d'une grossesse, je m'attaque aux vomissements et au ptyalisme. Cette fois encore, j'ai recours au collodion coloré par le bleu de méthylène. Par des badigeonnages de la région stomacale, je suis arrivé en trois ou quatre jours à supprimer complètement les vomissements ; par des badigeonnages des régions cervicale et sous-maxillaire répondant à la situation des glandes salivaires, j'ai, d'un jour à l'autre, considérablement atténué le ptyalisme qui, aujourd'hui est insignifiant.

Le collodion au bleu de méthylène joue un très grand rôle en thérapeutique psychique. La coloration intense qui dure plusieurs jours, frappe le malade qui croit à la persistance constante d'une action médicamenteuse. Quant au collodion, il provoque par sa rétraction une gêne et parfois même une petite douleur qui ramène à chaque instant la pensée du malade sur la suggestion qui lui a été faite ; celle-ci est ainsi maintenue, amplifiée, renforcée. J'ai eu aussi des succès avec le collodion coloré par l'acide picrique.

De l'emploi de la suggestion dans l'éducation artistique et en particulier dans l'étude de la musique.

M. Paul Joire (de Lille). La suggestion rend plus facile la lecture rapide et complète de l'écriture musicale souvent si compliquée ; elle permet de se déprendre de ses propres phénomènes individuels pour pénétrer l'esprit de l'auteur, pour vivre la situation des personnages, pour accroître l'aptitude à recevoir des impressions fortes. De même, en ce qui concerne la traduction des idées exprimées par la musique, la suggestion augmente la précision et la souplesse des mouvements ; elle donne la maîtrise de soi ; elle

réprime cette phobie du public qu'on appelle le trac et qui paralyse tous les moyens de l'exécutant ; elle modifie heureusement l'étendue, la souplesse, le timbre et la justesse de la voix.

La suggestion pédagogique dans le sommeil hypnotique et le sommeil normal.

M. Bourdon (de Méru). L'application de l'hypnotisme à la pédagogie, prévue par Durand de Gros, puis réalisée par M. Bérillon, qui a formulé les principes de la pédagogie suggestive, se recommande par un très grand nombre de succès. La suggestion pendant le sommeil normal, mise en honneur par M. Farez, est aussi un puissant agent moralisateur et éducateur. Grâce à ces deux modes de suggestion, j'ai pu un grand nombre de fois, non seulement développer chez des enfants leurs facultés et aptitudes normales, mais encore faire de l'orthopédie mentale et morale dans les cas suivants : troubles du caractère, mensonge, kleptomanie, onanisme, impulsions à la débauche, vices de toute sorte.

Analgésie suggérée pendant le sommeil normal.

M. Ange Manfroni (de Turin). Un jeune homme de quinze ans a un cor au pied qui s'est infecté et donne lieu à une lymphangite ; il en souffre au point qu'il ne peut ni marcher, ni monter à bicyclette, ni même poser le pied à terre. Me trouvant un jour auprès de lui pendant qu'il dort, je lui suggère l'analgésie, en suivant à la lettre la technique décrite par M. Farez. Au réveil, l'amnésie est complète et notre jeune homme est très étonné de ne plus éprouver aucune douleur. Au cours de ma séance de suggestion, j'ai observé le phénomène décrit par M. Farez : pendant que mon sujet dormait, j'ai pu, à volonté, modifier son rythme respiratoire et le rendre synchrone à mon rythme vocal.

Fausses grossesses et grossesses nerveuses.

Dr Henry Lemesle (de Paris). Les récents événements dont la Cour de Serbie a été le théâtre ont appelé l'attention sur les grossesses nerveuses. Il faut considérer : 1° *les pseudo-grossesses à substratum organique* (c'est-à-dire pour lesquelles des lésions de l'utérus ou des annexes sont le point de départ de l'idée de grossesse ; 2° *les pseudo-grossesses par suggestion* (crainte ou désir de maternité). Le cas de la reine Voga participe à la fois de l'une et de l'autre de ces classifications.

Deux cas de sitophobie obstinée chez des aliénés.

Dr Gino Maiorfi (de Sienne). La sitophobie est le plus ordinai-

rement passagère ; mais dans certains cas, tels que ceux dont l'auteur présente l'observation, elle trouve son interprétation dans une fausse sensation, dans une idée morbide entretenue et confirmée par des hallucinations et transformée en *idée fixe*. La sitophobie d'origine psychique est pour cette raison toujours plus rebelle.

La suggestion hypnotique dans un cas d'éclampsie puerpérale.

M. Le Menant des Chesnais rapporte un cas d'éclampsie puerpérale dans lequel la suggestion hypnotique a permis à la malade de reprendre conscience d'elle-même et a mis fin aux crises convulsives.

Rôle psychique des cautérisations dans la thérapeutique des Arabes.

M. Hiernet (de Constantinople). En Tripolitaine, en Egypte, en Arabie, en Asie-Mineure, en Perse, dans le Kurdistan et aux Indes, j'ai vu pratiquer les cautérisations par des spécialistes qui se transmettent la profession de père en fils. Leur action est, la plupart du temps, uniquement suggestive ; elles sont appliquées, sans lieu d'élection, pour les maladies les plus diverses. Un médecin des hôpitaux de Constantinople les emploie systématiquement pour toutes les maladies ; il récite en même temps des versets du Coran. Ses succès thérapeutiques sont très nombreux et il jouit d'une très grande réputation.

Communications diverses : M. Wateau. *Kleptomanie guérie par suggestion hypnotique.* — M. Bellemanière. *L'hypno-pédagogie et les habitudes vicieuses.* — M. Félix Regnault. *Le dédoublement de la personnalité.* — M. Bourdon (de Méru). *Spleen et alcoolisme guéris par la suggestion.* — M. Bianchi (de Parme). *Phonendoscopie cérébrale.* — M. Aragon. *Etude médico-légale sur le doute.* — M. Moiroud. *Anesthésie dentaire par suggestion post-hypnotique.* — M. Paul Magnin. *Affectivité morbide traitée par l'hypnotisme.* — M. Jules Voisin. *Traitement hypnotique des contractures spasmodiques.* — M. Bémillon. *Pathologie du sommeil : les rêves prolongés.* — M. Pau de St-Martin. *Catalepsie compliquée traitée et guerie par l'hypnotisme.*

BIBLIOGRAPHIE.

X. *L'hypnotisme. Son traitement* ; par Crocq (2e édition).

L'auteur a fait dans ce volume un exposé de toutes les questions se rapportant à l'hypnotisme et à la suggestion.

Dans cette seconde édition, il a essayé de mettre la question au courant des données actuelles de la science et y a apporté un certain nombre d'observations personnelles.

Après un court aperçu historique sont exposées et discutées les opinions des Ecoles de Nancy et de Paris sur la pratique de l'hypnotisation, les causes du sommeil hypnotique, les zônes hypnogènes, l'étude de la sensibilité chez les hypnotisés, la suggestibilité et les suggestions hypnotiques envisagées au point de vue médico-légal. Consacrant une longue étude au chapitre des suggestibilités, l'auteur croit que la suggestibilité à l'état de veille est toujours indépendante de la suggestion à l'état d'hypnose.

Des sujets dont la suggestibilité à l'état de veille est minime peuvent devenir par l'hypnotisation de véritables machines. Les nevrosés très suggestionnables à l'état de veille sont souvent très rebelles à l'hypnotisation à cause du peu de fixité de leur attention et de l'impossibilité d'exercer une action inhibitoire sur un centre nerveux. Au chapitre des suggestions hypnotiques est traitée la question des suggestions criminelles. Les suggestions du vol, du viol, du meurtre, du faux témoignage sont envisagées l'une après l'autre. Ces suggestions criminelles semblent possibles dans quelques cas ; elles ont pu être réalisées en laboratoire et sont possibles même dans l'état posthypnotique, mais dans la pratique il est probable que l'impunité de l'hypnotiseur pourra toujours être facilement déjouée.

L'ouvrage se termine par un chapitre de psychothérapie où sont exposées et discutées les opinions des Ecoles de Nancy et de Paris, avec quelques observations personnelles. L'hypnotisme semble avoir donné quelques résultats comme anesthétique chirurgical, et dans les maladies organiques comme calmant de la douleur ; mais ici son résultat curatif est très problématique et il peut être dangereux s'il désillusionne des malades impressionnables qui attendaient leur guérison de l'hypnotisme. Dans l'hystérie l'hypnotisme semble avoir un pouvoir curatif, dans les autres névroses son action est moins évidente.

C'est surtout la suggestion à l'état d'hypnose qui semble avoir des résultats. Contrairement à l'opinion de l'école de Nancy, la suggestion à l'état de veille est utile dans certains cas, elle n'est d'ailleurs souvent qu'une forme d'hypnotisation indirecte.

M. HAMEL.

XI. *Contribution à l'étude des délires transitoires séniles;* par le Dr L. MICHAUD, ancien externe des hôpitaux de Lyon. Th. de Lyon, 1900.

Ce travail, inspiré par M. le professeur Pierret, a pour but l'étude de la pathogénie des délires transitoires chez les vieillards. Il se termine par les conclusions suivantes :

On voit apparaître fréquemment chez les vieillards athéromateux des délires transitoires revêtant de préférence les types : *confusion mentale* ou *mélancolie anxieuse*, avec hallucination de la vue, idées de ruine, d'indignité, de persécution.

Ces délires sont souvent consécutifs à un état infectieux (grippe, affections broncho-pulmonaires, etc.). Ils disparaissent avec le traitement approprié au bout d'un temps relativement court (deux à trois mois) et se terminent généralement par la guérison, si la maladie infectieuse n'a pas été d'une gravité suffisante pour entraîner la mort, ne laissant derrière eux que l'état mental sénile antérieur parfois un peu aggravé. Des conséquences importantes au point de vue clinique découlent de ce fait clinique :

1° Au point de vue du pronostic : un accès aigu surajouté a des chances sérieuses de s'amender.

2° Au point de vue thérapeutique : ces accès sont justifiables d'un traitement destiné à éliminer les toxines ou les produits d'auto-intoxication : Régime lacté, bains, lavements ou injections de sérum artificiel combinés avec l'emploi de l'iodure de potassium et de la spartéine.

3° Au point de vue médico-légal : l'internement dans un asile d'aliénés et ses conséquences sociales pourront être parfois évités au moins aux malades de la classe aisée et des mesures hâtives de protection légale tendant à l'interdiction, pourront être ajournées. — 12 observations inédites.

DEVAY.

XII. *Médecine légale des aliénés;* par VON KRAFFT-EBING. Trad. Rémond, grand in-8°. Paris et Toulouse Doin, Larose et Gimet-Bisseau, 1900.

La première édition allemande de cet excellent ouvrage était un manuel, cette seconde édition réunit la commodité du manuel à la richesse d'un véritable traité. Qu'on ne s'attende pas à en trouver ici une analyse, la seule table incomplète des matières dépas-

serait de beaucoup les limites d'un compte rendu même long. En effet, bien que ce volume ne soit que le premier fascicule, la partie criminelle de l'ouvrage total, il condense dans ses cinq cent cinquante pages tout ce qui peut avoir trait à cet objet. Chaque catégorie de faits est éclairée par des observations très bien choisies. Le traducteur, M. Rémond, a cru devoir ajouter de nombreuses annotations, des compléments et observations de son chef ; très heureuse idée car en matière de disposition légales par exemple, ce livre se tient naturellement surtout au point de vue autrichien et allemand. Les adjonctions ainsi intercalées le rendent ainsi plus français, plus international et aussi sur bien des points plus explicite et plus complet.

Toutes les questions délictueuses ou criminelles du chef d'aliénés ou de personnes atteintes constamment ou momentanément d'anomalies psychiques sont envisagées sous toutes leurs faces, ainsi que les dommages somatiques, causés par des personnes saines à des aliénés ou anormaux, le travail se termine par l'étude légale des maladies mentales provoquées par des tiers.

A noter la partie historique montrant combien est relativement récente la protection des aliénés criminels devant les rigueurs des codes et le retard dans cette voie de certains pays tels que l'Angleterre. Le présent n'est d'ailleurs pas parfait et il n'est pas téméraire de penser que les temps futurs rougiront peut-être de l'application actuelle de certaines peines, comme nous avons honte des supplices infligés naguère aux prétendus sorciers.

Krafft-Ebing repousse la liberté absolue de la volonté en faveur de la volonté relative à l'origine ancestrale, à l'éducation, aux milieux et aux hasards de la vie, plaidant en faveur de la variabilité du degré de la capacité d'imputation. La classification est très serrée, les divisions très poussées ; voir parmi les arriérés la catégorie intéressante des simples *bornés*. Krafft-Ebing distingue les représentations impulsives, des impulsions et obsessions, rattachant les unes à la neurasthénie, les autres à la dégénérescence, peut-être y a-t-il même sur certains points excès de division. Quelques aperçus nouveaux au sujet de faiblesse mentale post-vésanique, de l'influence de la menstruation, de l'ivresse du sommeil, des états passionnels normaux font entrer dans la médecine légale des faits qu'on n'en rapproche en général pas assez. Ce livre (surtout quand il sera complété du second fascicule) rendra de très grands services. F. Boissier.

XIII. *La Cura Pratica delle Malattie veneree, sifilitiche e della Pelle;* par le Dr V. d'Amato. (Rome, Tipographia Forense, 1901.)

Ce livre constitue un excellent manuel de thérapeutique pratique des maladies vénériennes et cutanées.

L'auteur évite à dessein les digressions théoriques pour n'envisager que le côté pratique de la question. La blennorrhagie avec ses diverses complications chez l'homme et chez la femme, le chancre mou, la syphilis avec ses accidents divers, les principales affections de la peau sont successivement passées en revue, et les méthodes de traitement les plus modernes s'y trouvent exposées avec détails.

L'ouvrage commence par un important article, consacré à la prophylaxie des maladies vénériennes. Considérant le danger social de la blennorrhagie et de la syphilis, l'auteur insiste sur la nécessité d'une réglementation réellement efficace de la prostitution clandestine. L'Etat a le devoir de prendre à l'égard des maladies vénériennes les mêmes mesures préventives qu'à l'égard de la peste et du choléra. *Salus publica suprema lex*, répond l'auteur aux anti-réglementaristes. P. Rellay.

XIV. *Epilepsie. Traitement, assistance, médecine légale ;* par P. Kovalevsky. 1 vol. in-12. Paris, 1901. Vigot frères.

C'est de thérapeutique qu'il s'agit et non de pathologie. L'épilepsie doit être considérée comme une névrose, une altération moléculaire et chimique du système nerveux central, donnant à celui-ci la capacité d'accumuler l'énergie nerveuse et de la dépenser ensuite sans motif périodiquement par accès, dans telle ou telle portions de l'appareil nerveux. A cette opinion peu aventurée ne s'ajoute aucune hypothèse physiologique spéciale. Toujours est-il que l'auteur voit dans cette maladie une affection générale ayant sa source dans les racines les plus profondes de l'organisme et émanant des opérations les plus intimes de la vie. C'est à ce fonds morbide constitutionnel que doit s'adresser le traitement autant et plus qu'à l'élément convulsif qui n'est qu'un symptôme et auquel s'attaquent trop exclusivement les médications jusqu'ici employées. Mais pour atteindre ainsi le mal dans son essence même nous n'avons en attendant mieux que la ressource de modifier rationnellement la nutrition et seule la diététique peut donner des résultats appréciables dans cet ordre de faits. C'est tout un régime spécial d'existence que doit suivre ponctuellement l'épileptique dès que l'explosion d'un premier symptôme le trahit. Tant que l'état mental le permet, il doit autant que possible continuer la vie sociale normale. Enfant il ira à l'école avec les écoliers sains (le mal comitial n'est point contagieux comme l'hystérie et la chorée) ; jeune homme, il exercera la carrière de son libre choix scientifique ou commerciale ; il ne se refusera pas les rapports sexuels mais sera modéré ; il évitera le bal et le théâtre ; il ne se mariera point. Sauf un peu de viande blanche de temps à autres, sa nourriture sera surtout végétarienne et lactée, aussi peu azotée

que possible ; il ne prendra aucune boisson excitante et s'abstiendra de tabac. Après les systèmes diététiques, tous les procédés pharmaceutiques proposés par les divers auteurs sont cités et soumis à la critique des vingt-cinq ans d'expérience de M. Kovalevsky. De cette multitude, c'est encore la médication bromique, qui presque seule doit être retenue pour aider à l'action du régime, sans oublier ce qu'on doit demander de services auxiliaires aux agents physiques et mécaniques. Mais chaque cas doit inspirer des modifications particulières, le doigté du médecin le guidera pour le choix du médicament à adjoindre aux bromures dont les doses seront graduées au cours de la maladie selon les circonstances ; l'adjuvant le plus fréquent sera l'iodure à faible dose. Quant à l'intervention chirurgicale cérébrale, cranienne ou autre, elle n'aura de raison d'être que devant la certitude de l'existence d'une cause matérielle à écarter. La partie la plus intéressante de l'ouvrage est celle qui a trait à l'assistance. Si les épileptiques sains d'esprit et suivant le régime rationnel qui les améliore doivent avec les quelques restrictions indiquées vivre en pleine société ; par contre, beaucoup de ces malades ne peuvent échapper aux plus malheureuses conditions de vie que dans des établissements spécialement aménagés pour eux. Les asiles d'aliénés pas plus que les hospices ordinaires ne doivent être leur véritable place. C'est dans les *colonies pour épileptiques* qu'ils trouveront l'état le plus favorable. Encore faudra-t-il que celles-ci soient comme le veut Wildermuth divisées en sections adoptées à chaque catégorie d'épileptiques selon l'état mental et physique et les aptitudes de ces malades. Déplorant qu'en Russie le comitial ne soit admis dans aucun espèce d'établissement d'assistance, louant les services d'épileptiques publics et privés de Paris, citant les colonies de la Force et de la Teppe en France, l'auteur admire surtout les très nombreuses et vastes colonies spéciales de l'Allemagne où celle de Bethel n'abrite pas moins de 3 000 de ces malades, seul le service médical est insuffisant à Bethel, mais l'organisation générale, le travail, l'activité, le bien-être y sont excellents. Les bonnes colonies sont celles qui, dirigées par des médecins, imposent le régime thérapeutique et diététique rationnel et l'abstinence totale des boissons alcooliques. Au point de vue médico-légal M. Kovolewsky envisage toutes les situations si délicates de l'épilepsie notamment l'amnésie retardée, et l'abus qu'un épileptique sain d'esprit peut faire de sa situation. Le caractère épileptique est fort heureusement traité. Mais, combien n'est-il pas regrettable que l'auteur ait négligé de faire revoir son manuscrit par un de ses amis Français ; il eut évité ainsi d'innombrables incorrections de langue qui vont jusqu'à obscurcir l'intelligence de son texte en bien des passages importants.

F. Boissier.

VARIA.

Les aliénés en liberté.

— A Frouard (Meurthe-et-Moselle), la dame Heyneu, vingt-sept ans, s'est littéralement tailladé le ventre à l'aide d'un rasoir. La malheureuse, qui s'était, d'abord, ouvert les veines, a bientôt succombé. Ce suicide est attribué à un accès de folie. (*Le Bonhomme Normand*, du 10 mai 1901.)

— Rue Descartes, en l'absence de son mari, la dame Gilet, vingt-huit ans, relieuse, atteinte de folie, s'est asphyxiée avec son enfant de huit ans. (*Le Bonhomme Normand*, du 10 mai 1901.)

— Une dépêche de Saint-Pétersbourg, en date du 24 mai, annonce que le révolutionnaire russe polonais Piletzky, qu'on accusait d'avoir été l'auteur de l'attentat de Borki en 1888 (déraillement du train du tzar Alexandre III) s'est évadé de l'asile des aliénés de Saint-Nicolaï où il était depuis quinze jours. Il y a six semaines environ que Piletzky — qui en 1888 avait réussi à traverser la frontière — était revenu en Russie ; il y avait été arrêté. On dit que son évasion a été favorisée par un jeune médecin polonais, M. Mazurkewitsch, qui tout récemment avait été nommé médecin assistant de l'asile Saint-Nicolaï. (*La Nouvelle Presse* du 26 mai 1901.)

Le drame de la rue Montorgueil. — Hier soir, vers 8 heures, un cordonnier italien, Joseph Ferrari, âgé de quarante-sept ans et demeurant 67, rue Montorgueil, marié depuis cinq mois avec une ouvrière culottière de vingt-huit ans, a tué cette dernière de deux coups de revolver et s'est ensuite fait justice en se frappant de huit coups de tranchet dans le ventre. Les agents, appelés par les voisins, n'ont pu que constater la mort de la victime et celle du meurtrier. L'enquête, ouverte par M. Landel, commissaire de police du quartier du Mail, semble devoir établir que Ferrari était atteint d'aliénation mentale et qu'il a agi sous l'empire du délire de la persécution. (*Le Temps*, du 20 juin 1901.)

Drame de la folie. — Un effroyable drame s'est passé l'avant-dernière nuit, à Bourges, dans un ménage ouvrier de l'agglomération de Mazières. Un père de famille nommé Blondeau, qui, depuis quelque temps, paraissait souffrant, a été pris subitement

de coliques violentes auxquelles a succédé une accès de folie furieuse. Il est allé surprendre dans leurs lits sa femme, sa fille âgée de seize ans et son fils âgé de onze ans, et les a assommés à coups de marteau. Après quoi, sortant en chemise de la maison, il est allé se jeter dans une carrière voisine. Ce n'est qu'au matin qu'une voisine, appelée par Mme Blondeau, a pu donner l'alarme. Les trois malheureux blessés, l'enfant surtout, sont dans un état désespéré. Quant à Blondeau, il s'était tué sur le coup. (*Le Temps*, du 26 juin 1901.)

— Un garçon limonadier, Alexandre Malinge, demeurant 125, rue d'Aboukir, au cours d'un accès d'aliénation mentale, a blessé grièvement sa femme d'un coup de marteau. Malinge avait été déjà interné à l'asile de Ville-Evrard. Les agents qui l'ont arrêté ont dû entamer une lutte très vive avec lui avant de s'en emparer. (*Le Soleil* du 28 juillet 1901.)

Drames de l'alcoolisme.

— Le jury de la Manche a acquitté le nommé Poutrel, dix-neuf ans, domestique aux Champs-de-Losques, qui, étant gris, avait, sans aucun motif, logé une balle de revolver dans la poitrine d'un pauvre marchand de moules, qui n'en est pas mort, mais qui restera infirme. (*Le Bonhomme Normand*, 14 au 20 mars 1901.)

Victime de l'alcool. — Le sieur Louis Suzanne, soixante-trois ans, cultivateur à Litteau, près Balleroy, s'est suicidé en se jetant dans le puits qui se trouve dans la cour de son habitation. *Alcoolique invétéré*, il avait plusieurs fois parlé d'en finir avec la vie. (*Le Bonhomme Normand* du 19 au 25 avril 1901.)

Brûlé par l'alcool, ne pouvant plus ingurgiter la moindre nourriture, un nommé Ballay, âgé de cinquante-huit ans, cafetier à Ezy, s'est fait sauter la cervelle d'un coup de fusil. Le docteur Leroy, de Navarre, pourra se servir de ce triste sujet à l'appui de sa campagne contre l'abus de l'alcool. (*Le Rappel de l'Eure*, 13 avril 1901.)

Hier soir, à six heures, le nommé Jules Sirigue, âgé de quarante et un ans, marchand de vins et épicier, 105, rue Grange-aux-Belles, pris d'un accès de folie alcoolique, a tiré un coup de revolver sur sa femme, sans l'atteindre. Sirigue *donnait depuis quelque temps* des signes d'aliénation mentale, et proférait souvent des menaces de mort à l'adresse de sa femme. Après l'attentat il s'est enfermé dans sa chambre. On ne l'a pas arrêté sans une vive résistance. Il a été conduit à l'infirmerie spéciale du dépôt. (*La Lanterne*, 20 mai.)

ASSISTANCE DES IDIOTS

Infanticide. — La fille Adolphine Launay, trente ans, née à Mittois, arrondissement de Lisieux, a eu trois enfants naturels dont un est mort. Elle fait élever les deux autres. Etant en place à Sainte-Marie-aux-Anglais, elle se trouva de nouveau enceinte. Une nuit, elle accoucha dans un appartement où couchaient deux autres servantes qui n'entendirent rien, la malheureuse ayant eu assez de force pour étouffer ses cris de douleur. Mais l'enfant ayant crié elle l'étrangla avec les cordons de son tablier et déposa le cadavre dans un placard. Les témoins donnent de très bons renseignements sur l'accusée d'une nature grossière et *d'une intelligence très bornée.* Le jury, pensant qu'elle avait commis son crime dans un moment d'égarement, l'a acquittée. Défenseur : Me Ozanne, du barreau de Lisieux. (*Bonhomme Normand*, du 16 au 22 août 1901.)

FAITS DIVERS.

ASILES D'ALIÉNÉS. *Nominations et promotions.* — M. le Dr COLIN, médecin-adjoint des asiles, en disponibilité, médecin du quartier spécial de Gaillon, est nommé médecin en chef des asiles de la Seine et chargé, en cette qualité, de l'organisation du service des aliénés vicieux et criminels. Il est compris dans la 3e classe du cadre. — M. le Dr RAMADIER, médecin de 1re classe à Rodez, est promu à la classe exceptionnelle du cadre (effet du 1er octobre 1901).

SUICIDES D'ENFANTS. — A Assé-le-Coisne (Sarthe), un enfant de onze ans, qui avait perdu son père et sa mère, s'est pendu. (*Bonhomme Normand* du 16 au 22 août.)

Sous le titre : *Jeune désespéré*, la *Petite Gironde* du 8 septembre rapporte que vendredi dernier, le jeune Clément, du Maine-de-Boixe, âgé de quatorze ans, s'est pendu à un arbre, à la suite d'une réprimande de ses parents.

L'ODYSSÉE D'UN FOU. — La gendarmerie d'Estaing, écrit-on de Rodez, vient d'arrêter un pauvre fou, nommé Guyot, qui s'était évadé de l'asile de Rodez, il y a quelques jours. Depuis son évasion, ce malheureux avait mené l'existence la plus étrange, ne voyant dans tous les passants que des gens prêts à le saisir, il courait à toutes jambes dès qu'il apercevait quelqu'un, et cherchait à l'éviter. La nuit, il couchait à la belle étoile. Quand il ne pouvait plus résister à la faim, il entrait dans les auberges de campagne, et là, impérativement, se faisait porter à manger,

menaçant au besoin ceux qui voyant sa mine singulière hésitaient à le servir, et, enfin, dès qu'il s'était un peu sustenté, il détalait prestement, sans bien entendu avoir demandé l'addition. Il avait ainsi parcouru tout un arrondissement, semant partout la frayeur, et son agilité était telle que nul ne pouvait mettre la main sur lui. Il a fini pourtant par être capturé après l'odyssée la plus invraisemblable et on va le réintégrer à l'asile (*La Petite Gironde*, 7 sept.).

Arrestation d'un aliéné évadé. — La gendarmerie de Pons a arrêté jeudi matin un aliéné, évadé de l'asile de Lafond, et qui était allé se réfugier dans sa famille, à Pons. Cet aliéné se nomme Ferdinand Guillard et s'est enfui de Lafond le 2 septembre, à 5 heures du soir (*Petite Gironde*, 6 sept.).

La guerre au transvaal et la folie. — De Londres au *Rappel* : Le rapport de la commission des asiles du conseil du comté de Londres constate qu'en 1901 le nombre des aliénés s'est augmenté de 16 353 à 21 369. Le Dr Claye Shaw attribue cet accroissement d'aliénation mentale aux influences de la guerre du Transvaal. Beaucoup de gens revenus de l'Afrique du Sud sont en proie à une surexcitation nerveuse qui se manifeste par l'insomnie et par des regards fuyants (*Le Matin*, 11 sept.).

Archivos del consejo de hijiene a Valpariso. Anno 1899 y primer semestre de 1900. In-8° de 276 pages. Valpariso, 1900. Imprimerie Gillet.

Catala. — *Essai d'un nouveau traitement des maladies mentales et de l'épilepsie.* In-8° de 92 pages. Toulouse, 1901. Imprimerie Marquès et Cie.

Istituzioni di anthropologia criminale illustrate. Lezioni. Parte I Caratteri di conformazione dei delinquenti. In-8° de 16 pages, avec 10 figures. Napoli, tipografia Melfi et Joebre.

Ladame (Charles). — *Le phénomène de la chromatolyse après la résection du nerf pneumogastrique.* In-8° de 56 pages, avec 3 planches. Extrait de la *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière.*

Obersteiner (H.). — *Anleitungheim studium des bauel der Nervösen centralorgane im Gesunden und Kranken ziestande.* In-8° de 680 pages, avec 250 figures. Leipzig, 1901.

Roux. — *Diagnostic des maladies nerveuses.* In-16 de xvi 560 pages. J.-B. Baillière, 1901.

Spitzka (E.-A.). — *A preliminary communication of a study of the brains of two distinguished physicians,* Cather and Son. In-8° de 24 pages, avec 4 figures. New-York, 1901.

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

Évreux, Ch. Hérissey, imp. — 9-1901.

Vol. XII. Novembre 1901. N° 71.

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

L'influence de l'alcool et du tabac sur le travail;

Par Ch. FÉRÉ, médecin de Bicêtre.

Lorsqu'on considère avec quelque attention les buveurs de boissons alcooliques et les fumeurs de tabac comparativement avec leurs congénères abstinents, on arrive bien vite à conclure que les boissons alcooliques et le tabac sont nuisibles à la fois à l'individu et à sa descendance. Les hygiénistes ont fait des tableaux plutôt sombres de l'alcoolisme et du tabagisme; ces tableaux ont peu impressionné la foule qui continue à boire et à fumer.

Les expériences des physiologistes, considérées dans leur ensemble, indiquent que l'alcool et le tabac dépriment l'énergie. Cette constatation semble indiquer que l'alcool et le tabac n'apportent à l'homme aucune satisfaction puisque le plaisir est intimement lié à l'activité facile. Cependant la foule trouve du plaisir à boire et à fumer.

En réalité, l'action exaltante et agréable et l'action dépressive et pénible sont intimement liées. L'étude des excitants sensoriels et de quelques narcotiques[1] montre que ces deux

[1] Ch. Féré. *Études expérimentales sur le travail chez l'homme et sur quelques conditions qui font varier sa valeur.* (*Journ. de l'anat. et de la phys.*, 1901, p. 1.) — *Etudes expérimentales sur l'influence des excitations agréables et des excitations désagréables sur le travail.* (*Année psychologique*, 1901, p. 88.) — *L'excitabilité comparée des deux hémisphères cérébraux chez l'homme.* (*Ibid.*, p. 143.) — *De l'influence de*

actions se succèdent nécessairement suivant la dose et suivant l'état du sujet; les excitants sensoriels fatiguent d'autant plus vite qu'ils ont plus excité; les narcotiques excitent momentanément à une dose faible.

L'alcool et le tabac n'agissent pas autrement, et si on prolonge suffisamment l'expérience, si on varie convenablement les conditions, on observe clairement la réalité de l'action excitante donnant un plaisir momentané qui provoque et entretient les habitudes et l'action dépressive qui justifie les cris d'alarme des hygiénistes.

Il est facile de mettre en évidence la concordance des résultats en apparence discordants de l'expérimentation.

I. — Voyons d'abord les faits qui concernent l'alcool.

On est d'accord pour admettre que les habitudes alcooliques ont un effet dépressif sur le travail. Quant à l'effet immédiat de l'alcool, les expériences de M. Destrée montrent qu'il est favorable soit à l'état de repos, soit à l'état de fatigue[1]. Celles de M. Frey indiquent que cet effet favorable n'existe que dans la fatigue[2]. Dans les expériences de M. Scheffer, on voit qu'une même dose d'alcool a un effet excitant si on travaille tout de suite après l'ingestion, un effet dépressif si on ne travaille qu'une demi-heure après [3]. L'effet de l'alcool se dissipe rapidement : l'excitation momentanée ne compense pas l'effet dépressif consécutif qui nécessite de nouvelles doses et entraîne l'intoxication. Plus l'intoxication et la dégradation

l'échauffement artificiel de la tête sur le travail. (*Journ. de l'anat., etc.*, 1901, p. 291.) — *Note sur la fatigue par les excitations de l'odorat.* (*C. R. soc. de Biologie*, 1901. p. 566.) — *Recherches expérimentales sur la fatigue par les excitations de l'odorat.* (*Nouv. Iconographie de la Salpêtrière*, 1901, p. 327.) — *Note sur la fatigue par les excitations visuelles.* (*Ibid.*, p. 668.) — *Note sur l'influence du haschisch. sur le travail.* (*Ibid.*, p. 696.) — *Note sur la fatigue par les excitations du goût.* (*Ibid.*, p. 722.) — *Note sur l'influence de l'opium sur le travail.* (*Ibid.*, p. 725.) — *Note sur la fatigue par les excitations auditives.* (*Ibid.*, p. 749.) — *Note sur la fatigue par les excitations cutanées.* (*Ibid.*, p. 753.

[1] E. Destrée. *Influence de l'alcool sur le travail musculaire.* (*Journ. méd. de Bruxelles*, 1897, p. 537-573.)

[2] H. Frey. *Ueber den Einfluss des Alkohols auf die Muskelmüdung.* (*Mittheilungen aus klinischen und medicinischen Instituten der Schweiz.* Bd. IV, H. I.)

[3] J.-C.-Th. Scheffer. *De invloed van alcohol op Spierarbeid.* (*Weekblad van het Nederlaudsch Tydschrift voor Geneeskunde*, 1898, n° 25.)

alcooliques sont intenses, moindre est l'effet stimulant de l'alcool ; il peut même déterminer d'emblée et à faibles doses des effets dépressifs [1]. Il n'agit pas plus heureusement sur la rapidité des mouvements que sur leur énergie, sur le temps de réaction que sur le travail [2]. Il n'est pas plus favorable au travail mental qu'au travail physique [3]. Les effets de l'alcool ne sont pas plus heureux sur le travail des animaux que sur celui de l'homme [4]. Les différences relatives aux effets immédiats peuvent s'expliquer par l'excitabilité différente des sujets en expérience, et il n'est guère douteux que l'alcool ait sur le travail intellectuel les mêmes effets d'excitation que sur le travail manuel. Lauder Brunton raconte que lord Derby lorsqu'il travaillait, avait l'habitude de prendre dans sa bouche des cerises à l'eau-de-vie.

Nœcke a fait remarquer que les alcooliques séquestrés et privés de leur poison habituel éprouvent une faim de sel [5] dont la satisfaction se traduit par une augmentation de la consommation. Bien que je n'aie jamais été qu'un buveur modéré, il n'est pas douteux que depuis que je m'abstiens de toute boisson fermentée j'ajoute à mon alimentation une quantité de sel inusitée auparavant. Cette substitution n'étonne pas quand on sait que l'action excitante immédiate de l'alcool, si légère d'ailleurs, est due surtout à l'excitation sensorielle qu'il produit [6].

J'ai refait quelques expériences qui me paraissent bien propres à montrer l'action de l'alcool sur le travail, tant au repos que dans la fatigue.

[1] De Boëk et L. Günzburg. *De l'influence de l'alcool sur le muscle fatigué.* (*Bull. de la Soc. de méd. mentale de Belgique*, 1899, p. 307.)

[2] J.-W. Warren. *The effect of pure alcohol on the reaction time, with a description of a new chronoscope.* (*The Journ. of physiology*, 1887, t. VIII, p. 311.)

[3] E. Kurz und E. Krœpelin. *Ueber die Beeinflussung psychischer Vorgange durch regelmässigen Alkoholgenuss.* (*Psych. Arbeiten*, III, 1900.)

[4] A. Chauveau. *La production du travail musculaire utilise-t-elle comme potentiel énergétique l'alcool substitué à une partie de la ration alimentaire ?* (*C. R. Acad. des Sciences, etc.*, 1901, p. 65.) — *Influence de la substitution de l'alcool au sucre alimentaire en quantité isodynamique sur la valeur du travail musculaire, etc.* (*Ibid.*, p. 110.)

[5] P. Näcke. *Die Epilepsiebehandlung nach Toulouse und Richet.* (*Neurologische Centralblatt*, 1900, p. 648.)

[6] *L'influence de l'alcool sur le travail.* (*C. R. Soc. de Biol.*, 1900, p. 825.)

On travaille avec l'ergographe de Mosso : le médius droit soulève un poids de trois kilogr. chaque seconde. On fait des séries de 4 ergogrammes qui ne se terminent que quand le poids ne peut plus être soulevé dans le temps convenu. Les séries sont séparées par des repos de cinq minutes, les les ergogrammes de chaque série par des repos de une minute. Neuf séries de ce genre, sans excitation d'aucune sorte et au repos, donnent un travail de 143 à 150 kilogrammètres. Dans une expérience récente, une première série au repos, sans excitation, a donné 22 kil. 47. C'est ce chiffre qui nous servira de comparaison pour le travail de chaque série.

Du reste, nous allons rapporter intégralement cette expérience qui montre bien l'accumulation de la fatigue et la décroissance lente du travail lorsque aucune excitation n'est venue le troubler.

EXPÉRIENCE I. — Au repos, sans excitation.

Hauteur totale (en mètres)	Nombre de soulèvements	Travail en kilogrammètres	Hauteur moyenne (en centimètres)	Rapport du travail au travail normal
		1re *série.*		
3,18	68	9,54	4,67	
1,66	40	4,98	4,15	
1,44	32	4,32	4,50	
1,21	28	3,63	4,32	
		22,47		100,00
		2e *série.*		
3,04	64	9,12	4,75	
1,56	36	4,68	4,33	
1,43	31	4,29	4,29	
1,39	34	4,17	4,07	
		22,26		99,06
		3e *série.*		
2,57	58	7,71	4,43	
1,86	46	5,58	4,04	
1,42	38	4,26	3,73	
1,03	25	3,09	4,12	
		20,64		91,85

		4e *série.*		
2,39	55	7,17	4,34	
1,37	30	4,11	4,56	
1,24	29	3,72	4,27	
1,03	23	3,09	4,47	
		18,09		80,50
		5e *série.*		
1,58	40	5,04	4,20	
1,42	29	4,26	4,89	
1,10	24	3,10	4,58	
0,98	22	2,94	4,45	
		15,34		68,26
		6e *série.*		
1,37	32	4,11	4,28	
1,44	26	3,69	4,73	
1,04	22	3,09	4,50	
0,86	18	2,58	4,77	
		13,47		59,94
		7e *série.*		
1,29	28	3,87	4,60	
1,21	25	3,63	4,84	
0,98	22	2,94	4,45	
0,87	20	2,61	4,35	
		13,05		58,07
		8e *série.*		
0,99	22	2,97	4,50	
0,92	21	2,76	4,38	
0,80	18	2,40	4,44	
0,68	15	2,04	4,53	
		10,17		45,26
		9e *série.*		
0,92	20	2,76	4,60	
0,79	18	2,37	4,38	
0,72	17	2,16	4,23	
0,72	19	2,16	3,78	
		9,45		42,05

Le travail total des 9 séries est est de 144 kil. 94. C'est le travail ordinaire dans les expériences faites sans excitation : toutes celles qui ont été faites dans diverses circonstances ont donné, avons-nous dit, un travail variant entre 143 et 150.

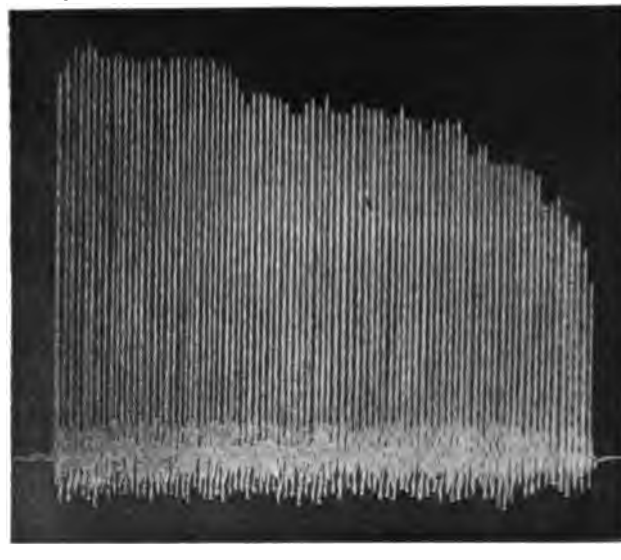


Fig. 9. — Premier ergogramme de la première série de l'expérience II. Action de l'alcool ingéré.

Expérience II. — Au début de la première série on ingère un mélange de 0,10 cm³ d'alcool absolu et de 0,10 cm³ d'eau distillée.

Hauteur totale (en mètres)	Nombre de soulèvements	Travail en kilogrammètres	Hauteur moyenne (en centimètres)	Rapport du travail au travail normal = 22,47
		1re *série.*		
3,67 (*fig.* 9)	83	11,01	4,42	
1,90	44	5,70	4,31	
1,60	38	4,80	4,21	
0,62	15	1,86	4,13	
		23,37		104,00

		2e *série.*		
0,58	13	1,74	4,46	
0,36	9	1,08	4,00	
0,26	8	0,78	3,25	
0,29	8	0,87	3,62	
		4,47		19,88
		3e *série.*		
0,40	11	1,20	3,63	
0,28	8	0,84	3,50	
0,25	7	0,75	3,57	
0,21	6	0,63	3,50	
		3,42		15,22
		4e *série.*		
0,43	11	1,29	3,90	
0,29	8	0,87	3,62	
0,21	7	0,63	3,00	
0,20	6	0,60	3,33	
		3,39		15,08
		5e *série.*		
0,41	11	1,23	3,72	
0,24	8	0,72	3,00	
0,21	6	0,63	3,50	
0,16	6	0,48	2,66	
		3,06		13,66
		6e *série.*		
0,38	10	1,14	3,80	
0,18	6	0,54	3,00	
0,20	6	0,60	3,33	
0,17	6	0,51	2,83	
		2,79		12,41
		7e *série.*		
0,26	8	0,78	3,25	
0,20	7	0,60	2,85	
0,21	8	0,63	2,62	
0,16	6	0,48	2,66	
		2,49		11,08

8e *série.*

0,27	8	0,81	3,37	
0,18	7	0,54	2,57	
0,20	6	0,60	3,33	
0,15	5	0,45	3,00	
		2,40		10,68

9e *série.*

0,23	7	0,69	3,28	
0,18	6	0,54	3,00	
0,19	6	0,57	3,16	
0,14	5	0,42	2,80	
		2,22		9,87

Après les 5 minutes de repos on ingère au début de la 10e série la même quantité du même mélange.

10e *série.*

5,02	129	15,06	3,89	
1,22	28	3,66	4,35	
1,00	26	3,00	3,84	
0,59	16	1,77	3,68	
		23,49		104,53

11e *série.*

0,32	9	0,96	3,55	
0,22	7	0,66	3,14	
0,21	7	0,63	3,00	
0,17	6	0,51	2,83	
		2,76		12,28

12e *série.*

0,31	9	0,93	3,44	
0,24	8	0,72	3,00	
0,21	7	0,63	3,00	
0,16	5	0,48	3,20	
		2,76		12,28

13e *série.*

0,23	7	0,69	3,28	
0,14	5	0,42	2,80	
0,15	5	0,45	3,00	
0,14	5	6,42	2,80	
		1,98		8,81

Après 5 minutes de repos on ingère au début de la 14e série la même quantité du même mélange.

14e *série.*

3,26	79	9,78	4,11	
0,85	24	2,55	3,54	
0,37	9	1,11	4,11	
0,21	7	0,63	3,00	
		14,07		62,26

15e *série.*

0,24	7	0,72	3,42	
0,16	5	0,48	3,20	
0,13	4	0,39	3,25	
0,12	4	0,36	3,00	
		1,95		8,67

16e *série.*

0,21	6	0,63	3,50	
0,12	4	0,36	3,00	
0,12	4	0,36	3,00	
0,12	4	0,36	3,00	
		1,71		7,61

Après 5 minutes de repos on introduit la même quantité du même mélange dans la bouche et on l'y conserve pour la rejeter à la fin de la 17e serie.

17e *série.*

4,36	117	13,08	3,72	
2,75	73	8,25	3,49	
2,11	51	6,33	4,13	
1,73	41	5,19	4,21	
		32,85		146,19

18e *série.*

1,44	32	4,32	4,50	
1,17	28	3,51	4,17	
0,86	21	2,58	4,09	
0,85	20	2,55	4,25	
		12,96		57,63

19e *série.*

0,40	11	1,20	3,63	
0,24	7	0,72	3,42	
0,27	7	0,81	3,85	
0,19	6	0,57	3,16	
		3,30		14,68

Après 5 minutes de repos, on ingère la même quantité du même mélange au commencement de la 20e série.

20e *série.*

0,64	18	1,92	3,55	
0,30	9	0,90	3,33	
0,20	6	0,60	3,33	
0,13	5	0,39	2,60	
		3,81		16,95

L'excitation initiale s'est manifestée seulement sur le premier ergogramme qui n'est ordinairement que de 9 à 10 kil.; la dépression consécutive a été très rapide et le travail total n'a été que de 47,61 sur les 9 premières séries au lieu de 143-150. Après la seconde dose le premier ergogramme a été de beaucoup plus élevé, mais la série n'est guère au-dessus de la normale et la dépression a été très rapide. Après la troisième dose, l'excitation a été moins marquée et a disparu encore plus rapidement. Malgré l'accumulation de la fatigue, la simple excitation sensorielle par la dégustation a été beaucoup plus considérable et plus persistante. La dernière ingestion n'a donné qu'un regain insignifiant.

Expérience III. — Au début de la première série on introduit dans la bouche un mélange de 0,10 c^{m3} d'alcool absolu et de 0,10 c^{m3} d'eau distillée qui est rejeté à la fin du quatrième ergogramme.

Hauteur totale	Nombre de soulèvements	Travail en kilogrammètres	Hauteur moyenne	Rapport du travail au travail normal
		1re *série* (saveur d'alcool).		
5,44 (*fig.* 10)	119	16,13	4,57	
3,18	70	9,54	4,54	
2,27	48	6,81	4,72	
2,14	44	6,42	4,86	
		39,09		173,96

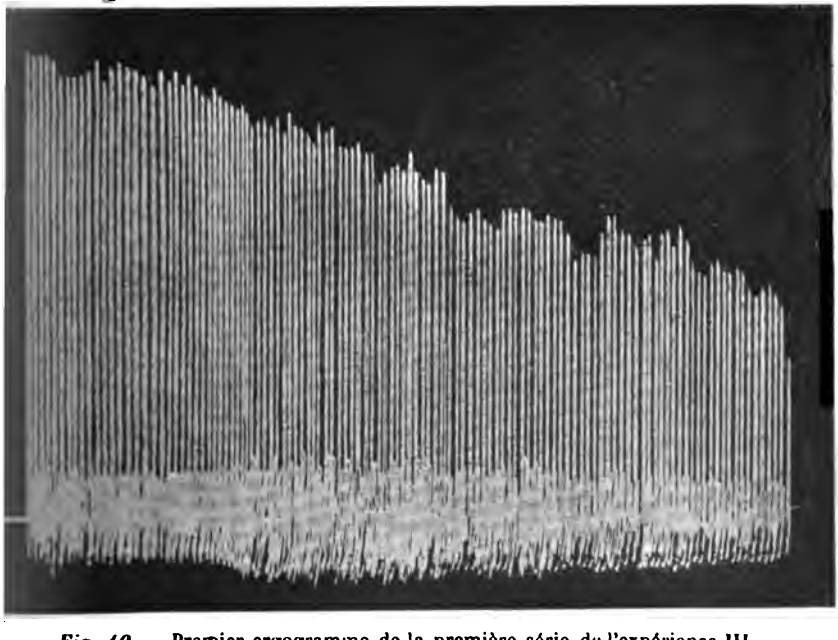


Fig. 10. — Premier ergogramme de la première série de l'expérience III. Action de l'alcool dégusté.

		2e *série* (sans excitation).		
3,80	70	11,40	5,42	
3,30	66	9,90	5,00	
2,06	45	6,18	4,57	
1,87	35	5,61	5,34	
		33,09		147,26

3e *série* (sans excitation).

1,79	33	5,37	5,14	
0,50	11	1,50	4,54	
0,50	11	1,50	4,54	
0,42	10	1,26	4,20	
		9,63		42,85

4e *série* (sans excitation).

0,73	15	2,19	4,86	
0,38	8	1,14	4,75	
0,32	8	0,96	4,00	
0,33	8	0,99	4,12	
		5,28		23,49

5e *série* (sans excitation).

0,36	8	1,08	4,50	
0,23	6	0,69	3,83	
0,21	6	0,63	3,50	
0,24	6	0,72	4,00	
		3,12		13,88

6e *série* (sans excitation).

0,29	7	0,87	4,14	
0,31	7	0,93	4,42	
0,16	5	0,48	3,20	
0,15	5	0,45	3,00	
		2,73		12,14

7e *série* (sans excitation).

0,24	6	0,72	4,00	
0,17	5	0,51	3,40	
0,16	5	0,48	3,20	
0,13	5	0,39	2,60	
		2,10		9,25

8e *série* (sans excitation).

0,24	7	0,72	3,42	
0,18	6	0,54	3,00	
0,13	5	0,39	2,60	
0,10	5	0,30	2,00	
		1,95		8,67

9e *série* (sans excitation).

0,18	5	0,54	3,60	
0,13	5	0,59	2,60	
0,12	4	0,36	3,00	
0,11	4	0,33	2,75	
		1,62		7,25

Après cinq minutes de repos, on introduit dans la bouche au début de la 10e série la même quantité du même mélange qui sera rejeté à la fin du quatrième ergogramme.

10e *série* (saveur d'alcool).

6,68	175	20,04	3,81	
3,72	93	11,16	4,10	
3,22	77	9,66	4,18	
3,16	76	9,48	4,15	
		50,34		224,03

11e *série* (sans excitation).

0,27	8	0,81	3,37	
0,18	6	0,54	3,00	
0,16	6	0,48	2,66	
0,09	4	0,27	2,25	
		2,10		9,25

12e *série* (sans excitation).

0,17	6	0,51	2,83	
0,10	5	0,30	2,00	
0,08	4	0,24	2,00	
0,07	3	0,21	2,33	
		1,26		6,65

13e *série* (sans excitation).

0,13	4	0,39	3,25	
0,10	4	0,40	2,50	
0,06	3	0,18	2,00	
0,04	2	0,12	2,00	
		0,99		4,40

Après cinq minutes de repos on introduit dans la bouche au

début de la 14e série la même quantité du même mélange qui sera rejeté à la fin du quatrième ergogramme.

14e *série* (saveur d'alcool).

4,47	99	12,81	4,31	
2,41	53	7,23	4,54	
2,08	46	6,24	4,52	
1,79	39	5,37	4,58	
		31,65		140,85

15e *série* (sans excitation).

0,15	5	0,45	3,00	
0,10	4	0,30	2,50	
0,08	4	0,24	2,00	
0,08	4	0,24	2,00	
		1,23		5,47

16e *série* (sans excitation).

0,16	5	0,48	3,20	
0,07	4	0,21	1,75	
0,06	3	0,18	2,00	
0,05	3	0,15	1,66	
		1,02		4,53

Après cinq minutes de repos on ingère la même quantité du même mélange en commençant la 17e série.

17e *série*.

0,25	6	0,75	4,16	
0,16	5	0,48	3,20	
0,10	4	0,30	2,50	
0,08	4	0,24	2,00	
		1,77		7,87

18e *série*.

0,14	5	0,42	2,80	
0,10	5	0,40	2,00	
0,07	4	0,21	1,75	
0,08	4	0,24	2,00	
		1,17		5,20

19e *série.*

0,14	5	0,42	2,80	
0,08	4	0,24	2,00	
0,07	4	0,21	1,75	
0,07	3	0,21	2,33	
		1,08		4,80

Après cinq minutes de repos, on introduit dans la bouche au début de la 20e série la même quantité du même mélange qui sera rejeté à la fin du quatrième ergogramme.

20e *série* (saveur d'alcool).

2,27	47	6,81	4,82	
0,50	12	1,50	4,16	
0,29	7	0,87	4,14	
0,21	6	0,63	3,50	
		9,81		43,65

On voit que l'excitation initiale produite par la dégustation est beaucoup plus élevée que celle qui est produite par l'ingestion, et qu'elle est durable; et malgré que la dépression consécutive soit plus rapide et tombe plus bas, la dégustation donne pour le même nombre de 9 séries un travail plus que double, 98,61 au lieu de 47,61, mais toujours bien inférieur au travail normal (143-150). La seconde excitation provoque un surcroît de travail énorme, 224,03 p. 100 du travail au repos, et ce surcroît porte sur les 4 ergogrammes; c'est-à-dire que l'excitation est plus du double que dans l'expérience précédente; mais la dépression consécutive est plus marquée. A la troisième excitation, le travail montre encore une plus-value importante, 140,85 p. 100 du travail normal, tandis que le travail de la série correspondante de l'expérience précédente n'était que 63,26 après la même dose ingérée. L'ingestion de la même quantité d'alcool, avant la 17e série, ne produit qu'une remontée du travail insignifiante, tandis qu'à la 20e série l'effet de la saveur est encore considérable.

En somme, le goût de l'alcool ne s'explique que par une excitation tout à fait passagère, plus marquée dans la période d'hyperexcitabilité de la fatigue. Cette excitation paraît due

surtout à l'irritation des organes sensitifs et particulièrement du goût.

J'ai déjà indiqué que l'introduction par la sonde gastrique de la même quantité du même mélange, produisait une dépression immédiate du travail [1].

La déglutition, qui n'est qu'un résultat automatique de la recherche de l'irritation, est parfaitement inutile à ce point de vue, et elle entraîne l'intoxication. (*A suivre.*)

CLINIQUE MENTALE.

Contribution à l'étude des réactions de la peau chez les aliénés ;

Par le Dr E. MARANDON DE MONTYEL,
Médecin en chef de Ville-Evrard.

Les réactions de la peau chez les aliénés ont été jusqu'ici très peu étudiées. Une seule, la plus curieuse et la plus intéressante il est vrai, la dermographie, a attiré l'attention et divers auteurs en ont rapporté des observations isolées. Seul, à ma connaisssance, M. Féré l'a recherchée d'une façon systématique chez les hystériques et les épileptiques tout d'abord avec le concours de M. Lamy, puis, quelques années après, chez les autres aliénés avec le concours de M. Lance.

J'ai repris ces recherches dans mon service de Ville-Evrard de concert avec mon interne, M. Capgras, et nous nous sommes vite aperçus que la dermographie à des degrés divers n'était pas la seule altération dont était susceptible chez les aliénés la réaction de la peau ; nous avons tout de suite vu qu'à côté des altérations en plus ou dermographie, existaient et même plus fréquentes que celles-ci des altérations en

[1] *L'influence de l'alcool sur le travail.* (*C. R. Soc. de Biologie,* 1900, p. 825.)

moins qui se présentent à deux degrés ; le simple affaiblissement plus ou moins marqué de la réaction normale et l'absence totale de cette dernière. Ce sont les résultats que nous avons obtenus qui font l'objet de ce mémoire.

I. — On désigne, comme on sait, sous le nom de *dermographie* un phénomène particulier, étudié avec détails pour la première fois par Gull en 1859, décrit minutieusement en 1875 par Zunker, qui consiste dans l'apparition de saillies œdémateuses, entourées de rougeur, semblables aux plaques ortiées ; pouvant former des figures variées à volonté, sous l'influence des excitations du tégument. La nature de cette singulière réaction cutanée est encore entourée d'une grande obscurité ; il semble, à en juger par les observations publiées, qu'une tare névropathique en favorise la production ; toutefois on n'a pas le droit d'affirmer la nécessité absolue de cette tare puisque Michelson et Axenfeld ont rapporté, le premier trois cas et le second un relatifs à des sujets vigoureux et exempts de tout nervosisme héréditaire ou acquis. Il est vrai que quatre observations constituent un ensemble de faits insuffisant à autoriser une affirmation quand on songe aux difficultés dont est hérissée la recherche des antécédents personnels et de famille.

L'étude de la dermographie chez les aliénés de toutes catégories a été entreprise seulement par M. Féré et M. Lance en 1898. Il n'est donc pas sans intérêt de reprendre cette question et d'ajouter d'autres faits à ceux publiés par ces deux auteurs. Sur 229 malades, ils l'ont trouvée 48 fois à des degrés divers, soit dans la proportion de 20,96 p. 100 et ils ont groupé leurs observations dans le tableau suivant d'autant plus intéressant à reproduire qu'il est jusqu'ici unique et dans lequel les malades se trouvent divisés par catégories. Sous la dénomination d'alcooliques, ils n'ont compté que ceux dont les troubles mentaux ne s'étaient produits qu'à la suite d'excès alcooliques, sans autre manifestation vésanique préalable et dont le délire avait présenté les caractères spéciaux du délire éthylique ; sous celle de dégénérés ils ont englobé les fous raisonnants, les impulsifs, instinctifs, spasmodiques ; les délirants systématiques étaient pour la plupart des persécutés ; les déments, des déments secondaires et les faibles d'esprit des imbéciles et des idiots.

Voici ce très instructif tableau :

CATÉGORIES	NOMBRE de sujets.	NOMBRE de dermographies.	PROPORTION p. 100.
Alcooliques	19	0	0
Dégénérés	53	4	7,54
Délirants	30	5	16,66
Déments	27	5	18,51
Faibles d'esprit	72	21	29,16
Mélancoliques	9	3	33,33
Paralytiques généraux	28	10	39,28
TOTAUX	229[1]	48	

Ces catégories, disent MM. Féré et Lance, sont trop peu nombreuses pour qu'en pnisse en tirer des conclusions fermes, cependant ils estiment qu'on doit remarquer la fréquence relative du phénomène chez les paralytiques généraux, fréquence relative digne d'être rapprochée de l'affirmation de Rauchrine qui aurait constaté la dermographie 10 fois sur 14 tabétiques. Mais tandis que ce dernier auteur est porté à croire que le phénomène doit âtre rattaché chez les tabétiques à une hyperesthésie superficielle ou profonde, MM. Féré et Lance n'ont trouvé aucune trace d'hyperesthésie sur leurs malades, chez qui, en général, les diverses excitations propres à provoquer ce phénomène ne furent suivies d'aucune réaction caractéristique de la douleur. Leurs paralytiques étaient d'ailleurs pour la plupart arrivés à la période de démence. Nous non plus, nous n'avons jamais constaté aucune douleur.

Chez les malades de MM. Féré et Lance, paralytiques ou autres, l'intensité du phénomène fut faible ou moyenne. Dans deux cas seulement il s'est montré très fort : chez un paralytique général et chez un dément qui présentaient tous les deux des phénomènes de dépression très marquée. Chez ce dernier la dermographie était non seulement très intense mais aussi très durable. Comme on le verra plus loin nous avons été plus favorisés.

[1] Ce tableau renferme deux inexactitudes : tout d'abord la somme de toutes les catégories donne 238 sujets et non 229 ; ensuite pour les paralytiques la proportion est de 35,75 et non de 39,28.

Antérieurement, en 1889, M. Féré avec l'aide de M. Lamy avait recherché la dermographie chez les épileptiques et les hystériques. Sur 130 malades examinés, ils l'avaient trouvé 46 fois soit dans la forte proportion de 35,3 p. 100 ; aussi souvent donc que dans la paralysie générale ; mais bien plus souvent le phénomène avait présenté une grande intensité, soit 7 fois, ce qui donne une proportion de 5,3 p. 100, tandis qu'il était 18 fois à un degré moyen et 21 fois très faible.

Enfin, je dirai que MM. Féré et Lance concluent de leurs recherches que les faits qu'ils ont constatés ne leur paraissent apporter aucun éclaircissement à la pathologie générale de la dermographie, mais que en mettant en lumière sa fréquence chez des malades chez qui son existence était peu connue ou même inconnue tout à fait, ils élargissent le champ de l'expérience.

II. — L'année dernière, mon interne M. Capgras et moi, nous avons recherché la dermographie durant l'hiver sur 326 aliénés de toutes catégories. Désireux de nous assurer si les saisons n'influençaient pas le phénomène nous avons renouvelé nos investigations six mois après, en plein été, sur les mêmes malades, seulement dans l'intervalle 18 étaient morts, 13 étaient sortis, 1 avait été transféré et 3 ont refusé de se prêter une seconde fois aux recherches. Il en est résulté qu'il ne nous est plus resté que 291 sujets.

Nous avons toujours opéré le matin à la visite de 10 à 11 heures. Les aliénés étaient nus jusqu'à la ceinture et à l'aide d'un coupe-papier M. Capgras traçait des lignes sur la poitrine, les bras et le dos. Nous avons ainsi procédé pour tous de la même manière. Jamais aucune réaction douloureuse ne s'est produite, avons-nous déjà dit et il nous a paru impossible de rattacher le phénomène à une hyperesthésie superficielle ou profonde. D'un autre côté, aucun de nos sujets n'était atteint d'urticaire, d'eczéma, ni de toute autre affection cutanée.

Nous avons pu en outre vérifier l'exactitude de l'assertion de Gull, que toutes les régions du tégument ne sont pas également favorables à l'expérience et qu'il faut choisir une partie riche en fibres lisses. C'est au bras que le phénomène s'est toujours montré le moins accusé et d'ordinaire le plus marqué dans la région dorsale, cependant deux fois la dermographie était aussi accentuée en avant qu'en arrière et six

fois beaucoup plus à la poitrine qu'au dos. Il n'y a donc pas de règle invariable à cet égard.

Ce que nous avons observé est conforme à la description donnée du phénomène par Gull et Zunker et reproduite par MM. Féré et Lance. Toutefois, comme ces deux observateurs, nous avons constaté de grandes variations individuelles et à nous aussi l'examen des malades a montré que toutes les transitions pouvaient s'observer dans les degrés que présente la dermographie selon les sujets. Nous n'avons pas constaté au thermomètre le degré d'élévation thermique, néanmoins quand la dermographie était très accusée, cette élévation était sensible même au toucher, mais il ne nous a été donné de voir ni le pouls capillaire signalé par Hirtz au niveau de l'éruption ni la pigmentation consécutive observée une fois par les deux médecins de Bicêtre.

Il est assez difficile, écrivent MM. Féré et Lance, d'établir l'évolution de ce phénomène singulier chez les individus qui en sont porteurs, en raison de l'absence d'observation longtemps poursuivie. Dans l'espace de un à deux mois, ils n'ont pas noté sur leurs malades de changement important et durable, aussi penchent-ils à croire qu'il s'agit là vraisemblablement d'une manière d'être de la peau, d'un état permanent et à ce propos ils rappellent que le sujet de Dujardin-Beaumetz, surnommé *la femme cliché*, tenue en observation pendant six mois n'a pas présenté de modification appréciable et que seul Zunker a noté la disparition de la dermographie chez un saturnin qui présenta le phénomène en question d'une façon passagère, alors seulement qu'il était sous l'influence du poison. Nous avons constaté au contraire, à six mois d'intervalle, de grandes variations dans les réactions de la peau chez 104 des 291 aliénés de toutes catégories qui furent examinés deux fois, dans la forte proportion de 35,7 p. 100, et en ce qui concerne plus particulièrement la dermographie sur 62 sujets qui présentèrent le phénomène et purent être suivis, il n'en est que 17 chez lesquels il ne varia pas, soit la proportion minima de 27,4 p. 100 ; chez 29 malades nous ne l'avons plus constaté après l'avoir trouvé et chez 17 nous l'avons trouvé alors que tout d'abord nous ne l'avions pas constaté. Il nous paraît donc établi par ces résultats qu'il ne s'agit pas là d'un état permanent de la peau, mais bien d'un état transitoire apparaissant et disparaissant

sous l'influence de causes qui nous sont encore inconnues. Et il en est de même pour les altérations en moins.

Je pense avec MM. Féré et Lance qu'il serait fort intéressant d'étudier les variations passagères de la dermographie. Chez deux de leurs malades, l'un présentant des poussées d'urticaire, l'autre d'eczéma, ils ont noté que celle-ci était plus intense au moment des recrudescences de l'affection cutanée. Aucun de nos sujets n'ayant de manifestations du côté de la peau, nous n'avons pas pu nous assurer de cette particularité ; mais nous avons réussi à contrôler leurs assertions relatives à l'influence exercée par les accès épileptiques chez trois malades. Pendant la stupeur on n'obtient même pas la simple raie rouge érythémateuse qui se montre sur tout le monde. Après l'accès non seulement immédiatement mais même au bout de trois et quatre heures chez des sujets qui, à l'état normal, ont de la dermographie très accusée il n'y a plus qu'une simple rougeur sans saillie ou avec une saillie très faible. Ce n'est guère que le lendemain que le phénomène reparaît dans toute son intensité. Il y a là, me semble-t-il, un argument sérieux en faveur de sa nature névropathique.

Resterait à expliquer celle-ci. On a voulu la rattacher à l'urticaire vrai en se basant sur la coexistence fréquente des deux chez les mêmes individus. Je ne crois guère à cette parenté, car aucun de mes malades n'était sujet, ai-je déjà dit, ni à l'urticaire, ni à d'autres manifestations du côté de la peau. La parenté avec la névropathie me semble bien plus probable. En effet, sauf les trois malades de Michelson et celui d'Axenfeld, tous les autres dont les observations ont été publiées étaient des névropathes avérés et les récentes recherches de MM. Féré et Lance comme les nôtres confirment cette opinion. Aussi serait-il à désirer que les mêmes constatations fussent opérées dans un service de femmes, ces deux aliénistes et nous n'ayant eu à leur disposition que des hommes.

Si le sexe féminin fournissait un contingent beaucoup plus élevé de dermographies que le masculin, il y aurait là un nouvel argument de grande valeur en faveur de la nature névropathique du phénomène et on serait alors peut-être en droit de se demander si les malades de Michelson et d'Axenfeld étaient en réalité aussi sains qu'ils le prétendent et s'ils

n'auraient pas été porteurs d'un nervosisme méconnu par ces observateurs,

III. — Quoi qu'il en soit, voici les résultats fournis par les 326 aliénés de toutes catégories que nous avons examinés la première fois en hiver. On voit dans les tableaux qui suivent que parmi les sujets qui n'avaient pas de dermographie il en est un certain nombre chez lesquels la réaction de la peau n'était pas pour cela normale : certains ne présentaient que très affaiblie la raie rouge érythémateuse qui doit normalement se produire et quelques-uns même n'avaient aucune manifestation : la peau conservait sa coloration habituelle. Il y a donc lieu de distinguer, ce qui, je crois, n'a pas encore été fait jusqu'ici, des altérations en moins comme des altérations en plus et de former quatre groupes différents. En outre il convient de distinguer également deux degrés dans la dermographie selon qu'elle est d'intensité modérée ou excessive.

	EN HIVER	EN ÉTÉ
Pas de réaction . . .	24 soit 7,3 p. 100	15 soit 5,1 p. 100
Réaction faible . . .	65 soit 19,9 —	77 soit 26,4 —
Réaction normale . .	135 soit 41,4 —	129 soit 44,3 —
Dermographie	51 soit 15,6 —	35 soit 12 —
Dermo-modérée . . .	45 soit 13,8 —	29 soit 10 —
Dermo-excessive . .	6 soit 1,8 —	6 soit 2 —
Nombre de sujets.	326	291

Ce tableau montre que les réactions de la peau peuvent varier chez les mêmes aliénés selon les saisons. L'état normal est un peu moins fréquent l'hiver que l'été ; les variations portent sur les altérations en plus et en moins. Quand il fait froid on trouve plus souvent les deux extrêmes : aucune réaction ou au contraire réaction exagérée, c'est-à-dire dermographie ; quand il fait chaud on constate surtout la réaction normale affaiblie ; mais on ne relève que des différences proportionnelles et encore peu accusées ; quelle que soit la saison on observe toutes les altérations soit en plus soit en moins. A remarquer que c'est la dermographie modérée que nous avons trouvée la plus fréquente l'hiver que l'été ; pour

la dermographie excessive la proportion est la même, à deux dixièmes près en faveur de la saison chaude.

J'ai dit plus haut que sur 104 de nos 291 malades suivis toute l'année, nous n'avions pas retrouvé l'été les réactions de la peau que nous avions constatées l'hiver. Voici par ordre de fréquence les différences que nous avons relevées :

HIVER	ÉTÉ	NOMBRE de sujets.	PROPORTION p. 100.
Réaction normale. .	Réaction faible. . .	28	9,6
Dermographie . . .	Réaction normale. .	24	8,2
Réaction normale. .	Dermographie . . .	13	4,7
Réaction faible. . .	Réaction normale. .	12	4,1
Pas de réaction . .	Réaction faible. . .	8	2,8
Réaction normale. .	Pas de réaction. . .	5	1,7
Pas de réaction. . .	Réaction normale. .	4	1,4
Dermograahie . . .	Réaction faible. . .	3	1,3
Réaction faible. . .	Pas de réaction . .	3	1,3
Pas de réaction . .	Dermographie . . .	2	0,7
Réaction faible. . .	Dermographie . . .	2	0,7

Ce tableau montre bien que les réactions de la peau chez les aliénés, quelles qu'elles soient, sont loin de constituer toujours des états permanents ; nous y voyons la dermographie disparaître deux fois plus souvent l'été après avoir existé l'hiver que se montrer à la saison chaude alors qu'elle n'a pas existé pendant la saison froide. Mais le fait le plus intéressant à constater est le remplacement de l'altération en moins, affaiblissement et même absence de réaction par l'altération en plus ou dermographie et *vice versa* et cela, non pas à titre exceptionnel, mais avec une fréquence qui mérite d'être relevée. En effet, si nous totalisons les divers chiffres fournis par notre tableau, nous constatons que la dermographie a été remplacée par l'altération en moins dans trois cas et le fait inverse quatre fois, c'est-à-dire chez plus de 1 p. 100 des mêmes aliénés observés durant les deux saisons, toutefois la dermographie observée dans ces cas fut toujours modérée.

Notons aussi qu'il est un peu plus fréquent de voir la réaction normale l'hiver s'altérer l'été en plus ou en moins que de constater le fait inverse : la somme des chiffres contenus dans notre tableau donne pour le premier 46 cas, soit 15,8 p. 100 et pour le second 40, soit 13,7 p. 100.

Mais si ces tableaux nous permettent d'apprécier les variations apportées par les saisons dans les réactions de la peau chez les mêmes aliénés, ils ne nous donnent pas la proportion absolue d'altérations que sont susceptibles de présenter ceux-ci quand on les suit durant toute l'année, car tel malade qui aura une réaction normale l'hiver présentera une réaction altérée l'été, c'est ainsi avons-nous dit plus haut que 17 sujets qui n'avaient pas de dermographie durant la saison froide en eurent durant la saison chaude. Malheureusement nous n'avons pu suivre tous nos malades, puisque, par suite de décès, transferts, sorties ou refus de se prêter à de nouvelles constatations, 35 nous faussèrent compagnie ; de ceux-là, 21 avant de nous quitter avaient eu diverses altérations soit en plus, soit en moins, nous les retiendrons; mais 14 n'avaient présenté que des réactions normales, qui, peut-être, si ces sujets avaient pu être examinés durant l'été, auraient été trouvées altérées ; il convient donc d'éliminer ces 14 aliénés et ne tabler que sur 312 cas. Ils nous fournissent le tableau suivant :

Pas de réaction	30	soit 9,9	p. 100
Réaction faible	89	soit 28,4	—
Réaction normale	125	soit 40	—
Dermographie moyenne	51	soit 16,3	—
Dermographie excessive	10	soit 3,2	—
Réaction faible et dermographie et *vice versa*	5	soit 1,6	—
Pas de réaction et dermographie	2	soit 0,6	—
Total des sujets	312		
Total des alternances	7	soit 2,2	p. 100
Total des pas de réaction	32	soit 10,2	—
Total des réactions faibles	94	soit 30,1	—
Total des dermographies	68	soit 21,7	—
Total des altérations en moins	126	soit 40,3	—

Ce tableau établit tout d'abord ce fait intéressant que quand on répète les recherches on arrive à s'assurer que la réaction normale de la peau est moins fréquente chez les aliénés que la réaction anormale et surtout les altérations en plus que les altérations en moins : celle-là l'emporte dans nos constatations de 20 p. 100 et celles-ci de 18,9 p. 100; ensuite nous y voyons que l'anomalie de beaucoup la plus rare est d'abord l'alternance des altérations opposées puis

l'absence de toute réaction et celle qu'on rencontre le plus souvent, le simple affaiblissement plus ou moins marqué de la réaction normale; entre les deux se place la dermographie dont la fréquence se rapproche beaucoup de celle de l'affaiblissement, puisque la différence entre eux n'est que de 9 p. 100. Toutefois la réaction normale est plus fréquente que la réaction altérée qui l'est le plus.

Nous avons constaté un peu moins de dermographies chez nos aliénés que M. Féré chez les siens. Dans le tableau de cet aliéniste reproduit plus haut, la proportion qui s'y trouve n'est, il est vrai, qne de 20,96 p. 100, mais les épileptiques et les hystériques qui avaient fait l'objet de son précédent mémoire n'y figurent pas, or ces deux catégories d'aliénés fournissent un très fort contingent d'altérations en plus des réactions de la peau comme nous l'établirons un peu plus loin. Pour comparer ses résultats aux nôtres, il convient par conséquent de fusionner toutes ses constatations. Si nous opérons cette fusion nous trouvons que sur 359 sujets M. Féré a relevé 94 cas de dermographie d'intensité variable, ce qui fournit pour toutes les catégories d'aliénés une proportion de 26,2 p. 100, supérieure par conséquent à la nôtre de 5 p. 100. Mais il n'en résulte pas moins tant des recherches de ce médecin que des nôtres que si la dermographie est un peu moins fréquente chez les aliénés que l'affaiblissement de la réaction normale, elle se montre encore chez eux dans un quart des cas, puisque sur 672 malades examinés à Bicêtre et à Ville-Evrard, elle a été relevée 162 fois, soit dans la proportion de 24,1 p. 100, qu'on ne trouverait certainement pas chez le sain d'esprit.

Enfin notre tableau établit que quand l'altération en plus alterne chez le même malade avec l'altération en moins, l'alternance se produit plus de deux fois plus souvent avec le simple affaiblissement de la réaction normale qu'avec l'absence totale de celle-ci.

IV. — Cependant nous pouvons pousser plus loin et ne pas nous contenter de cette étude d'ensemble chez les aliénés de toutes catégories, nous pouvons étudier les altérations en plus et en moins des réactions de la peau dans chacune des variétés mentales. Une pourtant nous fait défaut : l'alcoolisme, et cette lacune est d'autant plus regrettable que précisément MM. Féré et Lance sur 19 alcooliques n'ont rencontré

aucun cas de dermographie. Mais nous n'avons plus aucun buveur à soigner, car, depuis 1897, nous avons demandé et obtenu la division de notre service qui était vraiment trop surchargé et les ivrognes ont depuis cette époque un médecin spécial. Voici le tableau que fournissent nos 312 sujets. Malheureusement pour deux variétés mentales, l'hystérie et la sénilité, le nombre de ceux que nous eûmes à notre disposition fut fort limité : 6 hystériques et 7 séniles. Quoiqu'il en soit nous voyons que le maximum de dermographie a été fourni par l'hystérie que suit de très près la démence et d'assez près encore la débilité mentale. Ces trois aliénations constituent le groupe riche en dermographie. — A l'extrême opposé se trouve la sénilité qui est la seule variété mentale sans dermographie aucune, ni modérée, ni excessive, tandis que les trois autres forment un groupe intermédiaire avec entre elles des différences proportionnelles assez peu sensibles. Nous sommes loin de la proportion de 35,71 que fournissent les paralytiques de M. Féré ; les nôtres occupent au contraire le dernier rang parmi les six variétés mentales qui ont eu de la dermographie. Pour la débilité mentale notre proportion est à peu de chose près celle du médecin de Bicêtre, mais alors qu'il donne pour les déments seulement 18,5 p. 100, nous, nous obtenons 30 p. 100 soit une différence supérieure de 11,5 p. 100. Notre proportion de vésaniques est aussi plus élevée ; nous comprenons sous ce vocable ceux que M. Féré détaille sous les dénominations de dégénérés, délirants et mélancoliques. Si, d'après son tableau nous faisons la somme de ces trois catégories d'aliénés nous trouvons 92 sujets qui ont présenté 12 cas de dermographie, soit une proportion de 13 p. 100 ; or, la proportion de nos vésaniques est supérieure de 6,3 p. 100.

Nous avons noté la dermographie bien plus souvent dans l'hystérie que dans l'épilepsie puisque notre tableau donne en faveur de la première une différence de 10,9 p. 100. Il semble que dans leurs recherches de 1899, MM. Féré et Lamy ont réuni ensemble ces deux catégories de malades. Leur proportion, 35,3 p. 100 est presqu'identique à celle que nous avons obtenue pour les hystériques seuls, mais si nous englobons ensemble hystériques et épileptiques nous n'avons plus pour les deux réunis, ceux-ci ayant été à Ville-Evrard moins souvent dermographiques que ceux-là, qu'une proportion de

RÉACTIONS	VÉSANIE	PARALYSIE GÉNÉRALE	ÉPILEPSIE	HYSTÉRIE	DÉBILITÉ MENTALE	DÉMENCE	SÉNILITÉ	TOTAUX
	p. 100.	p. 100.	p. 100.	p. 100.	p. 100.	p. 100.	p. 100.	
Pas de réaction	10 soit 11,3	7 soit 18,4	5 soit 4	0 soit 0	3 soit 10,8	3 soit 15	2 soit 28,6	30
Réaction faible.	26 soit 29,5	8 soit 21	40 soit 32,2	3 soit 50	4 soit 13,4	5 soit 25	3 soit 42,8	89
Réaction normale. . . .	35 soit 39,8	16 soit 42,3	51 soit 41,3	1 soit 16,7	14 soit 47	6 soit 30	2 soit 28,6	125
Dermographie moyenne.	12 soit 13,9	4 soit 10,5	22 soit 17,7	1 soit 16,7	6 soit 21,6	6 soit 30	0 soit 0	51
Dermographie excessive.	4 soit 4,4	1 soit 2,6	3 soit 2,4	1 soit 16,7	1 soit 3,6	0 soit 0	0 soit 0	10
Réaction faible et dermographie ou *vice versa*	1 soit 1,1	2 soit 5,2	2 soit 1,6	0 soit 0	0 soit 0	0 soit 0	0 soit 0	5
Pas de réaction et dermographie.	0 soit 0	0 soit 0	1 soit 0,8	0 soit 0	1 soit 3,6	0 soit 0	0 soit 0	2
TOTAUX.	88	38	124	6	29	20	7	312
Total des alternances. .	1 soit 1,1	2 soit 5,2	3 soit 2,4	0 soit 0	1 soit 3,6	0 soit 0	0 soit 0	7
Total des pas de réaction	10 soit 11,3	7 soit 18,7	6 soit 4,8	0 soit 0	4 soit 13,4	3 soit 15	2 soit 28,6	32
Total des réactions faibles	27 soit 30,6	10 soit 26,3	42 soit 33,8	3 soit 50	4 soit 13,4	5 soit 25	3 soit 42,8	94
Total des altérations en moins.	37 soit 42	17 soit 44,7	48 soit 38,7	3 soit 50	8 soit 26,8	8 soit 40	5 soit 71,4	126
Total des dermographies	17 soit 19,3	7 soit 18,7	28 soit 22,5	3 soit 33,4	8 soit 26,8	6 soit 30	0 soit 0	68

23 p. 100 ; inférieure, par conséquent, de 12,3 p. 100 à celle de Bicêtre. Pour les vieillards chez lesquels nous n'avons trouvé aucun cas de dermographie, ils ne figurent pas dans le tableau de MM. Féré et Lance.

Les hystériques qui ont le maximum de dermographie en général sont aussi ceux qui ont de beaucoup le maximum de dermographie excessive, soit quatre fois plus environ que les ésaniques qui viennent immédiatement après eux. A noter que les déments qui ont une très forte proportion du degré modéré de l'altération n'ont pas présenté une seule fois le degré excessif. Quant aux quatre autres variétés mentales qui restent, elles n'ont entre elles que de faibles écarts dans les proportions.

Nos constatations diffèrent encore sur ce point avec celles de M. Féré. Dans ses recherches de 1898, de concert avec M. Lance, chez les aliénés autres que les convulsifs, il n'a trouvé, avons-nous dit plus haut, que deux cas de dermographie au degré excessif, un chez un paralytique et un autre chez un dément. Mais en 1889, chez les épileptiques et les hystériques, il a noté avec M. Lamy sept fois le phénomène très marqué sur 130 sujets, soit la proportion de 5,3 p. 100 qui s'écarte un peu de celle que nous avons obtenue pour les épileptiques mais se rapproche assez de celle que fournissent tous nos convulsifs réunis, épileptiques et hystériques.

Si nous envisageons maintenant l'état normal nous constatons que dans toutes les variétés mentales il a été inférieur à l'état anormal, toutefois c'est surtout dans l'hystérie que l'anormalité l'a emporté avec une formidable proportion. Pour les autres aliénations mentales l'état normal a été plus fréquent. Après l'hystérie, c'est dans la sénilité et la démence qu'il s'est montré le moins souvent. La débilité mentale est l'aliénation avec la normalité la plus forte, les trois autres formes se suivent de très près. Les paralytiques sont les malades qui se rapprochent le plus du maximum de normalité obtenu. Nouvelle preuve qu'il n'est pas possible de les considérer comme plus particulièrement sujets aux altérations des réactions de la peau.

Restent les altérations en moins. Envisageons d'abord celle du degré inférieur : le simple affaiblissement de la réaction normale et nous constaterons, fait auquel on ne s'attendrait pas, qu'elle a son maximum de fréquence dans l'hystérie qui

possède déjà le maximum de fréquence de la dermographie.

Ainsi les hystériques sont de tous les aliénés ceux qui ont tout à la fois le plus d'altérations en moins et le plus d'altérations en plus ; aussi avons-nous constaté plus haut qu'ils présentaient un minimum excessif de normalité. Ajoutons que chez eux on trouve encore plus de réactions affaiblies que de dermographie. C'est dans la débilité mentale que le phénomène qui nous occupe est le plus rare ; il y est même relativement très rare. Ici encore nous constatons que les paralytiques n'occupent qu'un rang inférieur dans l'anormalité. Au rang supérieur après l'hystérie vient la sénilité qui comme nous savons n'a pas d'altérations en plus. Les deux autres variétés mentales ne diffèrent pas beaucoup entre elles à cet égard. (*A suivre.*)

RECUEIL DE FAITS.

Méningo-encéphalite diffuse chronique du côté gauche, avec oblitération de la cavité de l'arachnoïde cranienne par des filaments fibreux. Forme épileptiforme. Démence simple, sans euphorie. Conscience de l'état maladif. Troubles de la motilité à droite. Durée de la maladie dix ans ;

Par le Dr Daniel BRUNET.

Le nommé B..., né le 8 août 1817 à Seure (Côte-d'Or), marinier, est entré à l'asile de Dijon, le 25 octobre 1863, où il a succombé le 20 décembre 1864.

Voici les renseignements contenus dans le certificat médical d'admission : « Le nommé B... a toujours été adonné aux boissons alcooliques, et il a commis beaucoup d'excès vénériens. Il était, dit-on, d'une faculté génésique exagérée. Il a été atteint de plusieurs affections vénériennes sur lesquelles on n'a pas de renseignements précis.

A la suite d'un sauvetage opéré en 1853, pour sauver le père et

le fils qui se noyaient dans la Saône, il fut pris d'une telle émotion qu'immédiatement après, il fut atteint d'ictère, puis d'une violente céphalalgie, qui persista jusqu'au développement de l'affection mentale, qui a commencé en 1854. A cette époque, il eut un ictus avec symptômes épileptiformes. Une deuxième attaque épileptiforme survint dix-huit mois après, à la suite de laquelle, la céphalalgie reparut plus intense que la première fois. Jusque-là il avait continué son état de marinier.

Pendant l'année 1857, les attaques épileptiformes se renouvelèrent presque tous les huit jours, et, à partir de 1858, l'intelligence et la mémoire s'affaiblirent de plus en plus, au point qu'il devint incapable de rien faire. Son caractère irritable le portait à s'armer sans cesse de couteaux ou d'autres instruments tranchants, pour frapper les étrangers et même les membres de sa famille. Jusqu'à présent les nombreuses voies de fait qu'il commettait, ont été passées sous silence, mais la dernière, plus violente que les autres a déterminé l'administration municipale à demander son admission dans un asile d'aliénés. Depuis 1861 il n'a plus eu, jusqu'à cette admission, d'attaques convulsives.

A son entrée à l'asile de Dijon, on constate chez lui un notable affaiblissement de l'intelligence. Ses souvenirs sont peu précis, et il a conscience, jusqu'à un certain point, de son état démentiel. Il nous dit qu'il a les idées brouillées, qu'il a la tête perdue, qu'il ne sait pas où il est. Il pleure, se lamente sur son sort. Dans d'autres moments, il nous dit qu'il va mieux, qu'il espère recouvrir sa connaissance, et peut-être guérir. Il est incapable en raison de son affaiblissement intellectuel de nous donner beaucoup de détails sur lui. Presque toujours il nous fait les mêmes réponses : *je n'ai plus conscience de rien, c'est malheureux d'être comme cela.* Il ne sait plus même son âge. Il marche difficilement ; les membres du côté droit sont rigides et il les remue avec peine. L'articulation des mots est assez nette, mais la parole est traînante ; souvent il laisse écouler de la salive par la bouche. Il est de petite stature, présente un embonpoint notable, les muscles sont très développés. La face est rouge, congestionnée.

1er *août* 1864. — Tout le temps qu'il a passé à l'asile son état cérébral a toujours été à peu près le même. Il restait assis la plus grande partie de la journée, sans rien dire, ayant une physionomie hébétée. Très irritable, il frappait souvent les malades de la division. Il était gâteux. Jamais nous n'avons constaté chez lui aucun délire ambitieux ni aucun autre délire. Il nous faisait souvent les réponses que nous avons mentionnées plus haut, quand on l'interrogeait. Tantôt il nous disait son nom, tantôt il ne se le rappelait pas. Il prétendait ordinairement ne plus se souvenir de son âge ou bien disait qu'il avait trente-trois ans. Les membres du côté droit étaient très rigides, ce qui rendait la marche difficile.

15 *novembre* 1864. — Il est plus hébété que d'habitude, se tient plus difficilement sur ses jambes.

6 *décembre*. — Attaque épileptiforme avec perte de connaissance, ressemblant entièrement à une attaque d'épilepsie ordinaire. — 15. Deux attaques épileptiformes. — 16. Il ne peut plus se tenir debout. La face est très colorée, les yeux sont très injectés. Il ne peut plus prendre que de la soupe. — 18. Même état. L'embonpoint se maintient. Trois soupes. — 19. Les forces vont en diminuant chaque jour. Ce matin, il est encore levé. — 20. Même état. Il reste assis, comme d'habitude, sur son banc. Teint très coloré. Je lui prescris une saignée de 500 grammes. L'interne ne peut lui tirer que 200 grammes de sang. Il succombe à deux heures de l'après-midi, au bout d'une heure de coma.

Autopsie vingt-quatre heures après la mort. — Les os du *crâne* sont excessivement épais, au moins moitié plus qu'à l'état normal. Leur épaisseur est plus grande à gauche qu'à droite. Ils sont très injectés et se détachent assez facilement de la face externe de la dure-mère. Voici le poids des différentes parties de l'encéphale avec les membranes qui les recouvrent :

Hémisphère cérébral droit.	597 grammes.
Hémisphère cérébral gauche.	537 —
Cervelet	140 —
Protubérance	15 —
Bulbe.	6 —
Poids total de l'encéphale. . . .	1.295 grammes.

La face interne de la *dure-mère* adhère. du côté gauche, à la substance corticale de l'hémisphère cérébral correspondant. Ces adhérences existent sur la plus grande partie de la face externe de cet hémisphère. Elles manquent seulement sur le sommet du lobe occipital et le long de la scissure interhémisphérique. Les deux feuillets de l'arachnoïde pariétal et viscéral, sont intimement unis entre eux par des filaments fibreux très courts au niveau des adhérences, en sorte que la cavité de l'arachnoïde gauche a complètement disparu, dans la plus grande partie de son étendue. Il est impossible d'enlever entièrement le cerveau, et au niveau des adhérences, la dure-mère et l'arachnoïde réunies, soudées ensemble, restent tapissées par une épaisse couche de substance corticale. Dans un assez grand nombre de points, il y a même une véritable décortication, et la substance blanche des circonvolutions est mise à nu. La substance corticale est très molle, très injectée. Le feuillet viscéral de l'arachnoïde est épaissi. Dans quelques points son épaisseur et sa résistance sont presque égales à celles de la dure-mère. Dans les points où l'arachnoïde spéciale n'adhère pas au feuillet pariétal, les membranes viscérales se détachent facilement.

L'*hémisphère droit* s'enlève facilement de la boîte cranienne, la cavité de l'arachnoïde étant libre de ce côté. Cet hémisphère présente à sa face externe des suffusions sanguines de date récente et quelques rares opalescences. Les membranes se détachent, du reste avec la plus grande facilité de la couche corticale et n'entraînent avec elles aucune parcelle de cette couche.

Le *cervelet* présente quelques adhérences avec la face interne de la dure-mère dans un point très limité, au niveau de la partie médiane et supérieure. A part cela, il paraît sain, ainsi que la protubérance et le bulbe.

Poids des autres organes : Cœur 350 grammes, foie 1,380 grammes, rate 272 grammes, rein droit 150 grammes, rein gauche 160 grammes.

La *méningo-encéphalite diffuse chronique* prédomine souvent sur l'un des deux hémisphères cérébraux, mais il est très rare qu'elle soit limitée à un seul d'entre eux, en s'étendant sur la plus grande partie de sa face externe, comme dans cette observation. Il est non moins rare de voir, dans cette affection, la cavité de l'arachnoïde oblitérée par des tractus fibreux, comme cela est si fréquent dans les inflammations des autres séreuses. La maladie a débuté à la suite d'une violente émotion par des attaques épileptiformes, qui ne se sont compliquées de démence notable qu'au bout de quatre ans; elles ont cessé au bout de sept ans pour ne reparaître que le mois où il succomba. Les excès alcooliques qu'il commettait doivent être considérés comme une cause prédisposante très grave. Il n'a présenté, à aucun moment de la maladie, aucune idée délirante expansive ou dépressive, et la démence n'était pas accompagnée d'euphorie, ce qui s'observe ordinairement. La marche était très gênée, et, du côté opposé à l'inflammation cérébrale, les membres étaient très rigides. L'embarras de la parole était peu marqué.

Les aliénés en liberté. — Une dépêche de Privas (25 septembre) nous annonce qu'une femme Julie Labrosse, cinquante ans, internée à plusieurs reprises dans un asile d'aliénés, a, dans un accès de folie, tué son jeune enfant, âgé de deux ans. Profitant de l'absence de son mari, elle prit l'enfant et le pendit à l'espagnolette de la fenêtre. Un autre petit garçon, âgé de cinq ans, aurait subi le même sort s'il n'avait pu s'enfuir et se réfugier chez des voisins. Quand ceux-ci arrivèrent, ils trouvèrent la femme Labrosse, riant aux éclats, à côté du corps de son enfant. (*Le Républicain d'Orléans*, du 27 septembre 1901.)

REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE.

XII. Discours présidentiel prononcé à la cinquante-neuvième réunion annuelle de l'Association Médico-Psychologique, tenue à Londres le 26 juillet 1900; par Fletcher Beach. (*The Journal of Mental Science*, octobre 1900.)

Dans ce discours, l'orateur s'est proposé de relater les progrès accomplis depuis soixante ans dans le traitement des malades appartenant à quelques catégories sociales défectueuses, à savoir : les idiots, les imbéciles, les faibles d'esprit, les épileptiques et les jeunes délinquants. Au début de cette période de soixante années, il existait à Paris deux écoles pour les idiots, celle de Ferrus à Bicêtre, et celle de Fafret à la Salpêtrière. Toutes deux avaient pour origine l'enseignement donné par Itard au sauvage de l'Aveyron. Mais trois ans auparavant, Seguin sur le conseil d'Itard et d'Esquirol, avait entrepris le traitement d'un idiot, et son premier travail sur ce sujet date de 1838. C'est à lui que revient l'honneur d'avoir posé les premières règles de l'éducation des idiots et des imbéciles. L'orateur expose avec détail les efforts si méritoires de Seguin et relate brièvement l'histoire de cet homme remarquable, qu'il a eu, dit-il, l'honneur de connaître, et chez lequel il a rencontré l'indomptable énergie nécessaire pour mener à bien une pareille tâche. En 1842, une partie de l'Institution des sourds-muets de Berlin, que dirigeait M. Saegart, fut attribuée à l'hospitalisation des idiots, et ce médecin, assisté par un maître et deux maîtresses, réussit à instruire douze idiots avec des résultats encourageants. Vers la même époque, le Dr Guggenbuhl, établit sur l'Abendberg, en Suisse, à 1.200 mètres d'altitude, un hôpital pour le traitement des crétins, et obtenait, lui aussi, des résultats satisfaisants, dont la publication fut probablement la cause déterminante de l'ouverture, en 1846, à Bath, d'une petite école pour les imbéciles, sous la direction des demoiselles White.

La Grande-Bretagne ne s'était jusque-là que peu intéressée à cette question, lorsque, en 1847, le Dr Scott, médecin principal de l'Institution pour l'éducation des sourds-muets dans l'ouest de l'Angleterre, publia quelques observations sur l'éducation des enfants idiots et faibles d'esprit, et invita Lord Ashley, plus tard Lord Shaftesbury à créer en Angleterre une institution pour les idiots. La même année paraissaient dans la *British and Foreign*

Medico-Chirurgical Review un article du Dr Conolly, et dans le *Chambers' Edinburg Journal* deux articles de M. Gaskell, appelant l'attention sur l'œuvre excellente qu'accomplissait Seguin à Bicêtre. Ces articles attirèrent l'attention d'un médecin philanthrope, le Dr Andrew Reed, qui, avec l'assistance de Conolly et de quelques autres personnes, ouvrit en 1848 un asile à Park-House, Highgate. Cette institution devint promptement insuffisante, et dut s'agrandir, si bien qu'en 1853, le Prince Consort posait la première pierre de l'asile d'Earlswood, près de Redhill, qui fut ouvert en 1855, et reçut les pensionnaires des établissements précédemment indiqués, et dont le dernier devint l'asile des idiots et des imbéciles pour les Comtés de l'Est. En 1864 l'asile pour les Comtés de l'Ouest était fondé, et en 1868 celui des Comtés du Centre. En 1870 on ouvrait l'asile Royal Albert pour les idiots et les imbéciles des Comtés du Nord, et en 1875 la première école d'enfants pauvres pour les imbéciles. Ce dernier établissement subit actuellement des modifications importantes : on le dédouble pour le débarrasser de sa population non éducable qui s'était accrue et accumulée jusqu'à devenir encombrante et nuisible à l'instruction des sujets éducables. En 1886 une loi a été votée pour débarrasser ces établissements de certaines obligations et formalités légales qui étaient un obstacle à leur fonctionnement et à leurs progrès. Aucune nouvelle institution n'a été créée depuis, mais à l'asile du Comté de Northampton, un bâtiment a été spécialement affecté à 50 enfants imbéciles, et à l'asile du Comté de Middlesex une annexe a été établie pour 200 imbéciles. Plusieurs autres asiles contiennent des salles spéciales réservées à ces malades. Il y a en Ecosse deux établissements publics du même genre : l'un a été construit par Sir John et Lady Jane Ogilvy et reçoit 40 malades ; l'autre est dû à la libéralité du Dr David Brodie, et s'est transformé en vue de recevoir une population de 200 idiots. L'Irlande ne possède qu'un seul établissement public fondé par le Dr Stewart en 1869 : il renferme 62 idiots.

Aux Etats-Unis, sur un rapport fait en 1847 par le Dr Howe, et dans lequel l'œuvre de Seguin était l'objet de commentaires élogieux, une école pour les idiots était ouverte dans l'Etat de Massachussetts : elle fonctionne encore. Deux mois après une nouvelle école était ouverte par le Dr Wilbur, dans le même état. En 1846, le Dr Backus avait fait une tentative pour obtenir la création d'écoles analogues dans l'Etat de New-York ; cette tentative échoua, fut vainement renouvelée en 1847 et n'aboutit qu'en 1851, époque à laquelle une école fut ouverte à Albany. L'exemple, dès lors, devint contagieux, et fut suivi d'abord par les Etats de Pennsylvania, d'Ohio, de Connecticut, de Kentucky et d'Illinois, si bien qu'il existe aujourd'hui 24 institutions publiques, soutenues par 19 Etats, et venant en aide à 8.492 idiots et imbéciles.

Revenant ensuite en France, l'orateur remarque qu'il existe dans le département de la Seine cinq institutions qui reçoivent des enfants idiots, imbéciles ou épileptiques, à savoir : Bicêtre, la colonie de Vaucluse, la Salpêtrière, Vallée et Villejuif[1], auxquelles il faut ajouter l'Institution du Dr Bourneville à Vitry, recevant ensemble 1.000 malades. On trouve quelques autres établissements à destination partiellement analogue, tels que les asiles John Bost, à Laforce.

En Allemagne il existe 29 établissements qui reçoivent 3.070 enfants idiots et épileptiques, et 1.831 malades adultes de même ordre : on voit que l'œuvre de Saegart a fructifié. L'Autriche a cinq institutions, la Belgique quatre, la Hollande quatre, l'Italie deux, la Suisse cinq (depuis le chiffre de quatorze a été atteint), le Danemark trois, la Norwège trois, la Suède seize, la Russie cinq et la Finlande un.

Le Canada possède à Orillia (Ontario) un établissement qui contient 610 malades.

L'orateur examine ensuite ce qui a été fait au profit des imbéciles : nous ne pouvons pas le suivre dans les détails qu'il donne sur la marche des idées et des lois en Angleterre à propos de cette question, et nous ne retiendrons que quelques points relatifs surtout aux enfants arriérés. Il constate que l'Angleterre s'est occupée très tardivement de l'instruction pratique à donner aux enfants faibles d'esprit. Dès 1863, en Allemagne, à Halle, il existait une classe auxiliaire pour les enfants qui ne pouvaient pas suivre les programmes ordinaires, et en 1867 on en créait une semblable à Dresde. L'exemple était bientôt suivi par Leipzig et Brunswick ; et en 1898, Wintermann pouvait annoncer que des écoles auxiliaires de ce genre existaient dans 52 villes d'Allemagne, qu'elles comportaient 202 classes, contenant 4.281 enfants, auxquels l'instruction était donnée par 225 maîtres. Des appréciations plus récentes encore permettent de penser que le nombre des élèves atteint présentement 6.000. En Norwège, en Danemark on trouve des institutions analogues.

C'est seulement en 1892 que l'Angleterre a créé ses premières écoles pour cette catégorie d'enfants : il y en a aujourd'hui, sans compter d'assez nombreuses écoles de province, 53 qui fonctionnent et instruisent de 2 à 3.000 enfants.

Sur le continent, la Belgique et la Suisse ont spécialement affecté des écoles à l'éducation des enfants faibles d'esprit, l'Autriche se prononce en faveur de ce mouvement, et, dans ses dernières *Recherches cliniques et thérapeutiques*, M. Bourneville réclame la création de classes spéciales annexées aux écoles primaires de

[1] La section d'idiotes de Villejuif a été supprimée il y a plusieurs années lorsqu'on a construit un bâtiment de 100 lits à Vallée.

Paris et de la France, et à l'appui de cette réclamation, il signale avec détails les résultats du fonctionnement de ces institutions en Suisse, en Angleterre et en Belgique. En Italie, des colonies ont déjà été formées pour ces enfants, et une ligue de protection s'est créée à leur profit sous la présidence du professeur Baccelli. A Melbourne, à Victoria, des écoles viennent de s'ouvrir, et enfin une petite institution du même genre a été créée à Tokio par M. R. Osuga.

L'orateur arrive ensuite à la partie de son discours qui concerne les épileptiques : il y a soixante ans ils étaient mêlés aux autres malades dans les asiles, et la première mesure prise pour améliorer leur état consista à les en séparer. Il indique les modifications qui ont été apportées dans ce but au fonctionnement de certains asiles. Mais il n'y a pas à s'occuper seulement des épileptiques aliénés, il faut penser aussi à ceux qui sont de simples malades, sans trouble mental. Le premier asile pour les épileptiques de cet ordre a été ouvert à La Force, en 1862, par John Bost, qui en a ultérieurement ouvert d'autres dont le dernier a été fondé en 1881. Il faut signaler ensuite la Colonie de Bielefield, en Allemagne, qui reçoit 1.400 malades et qui comporte : 1° un sanatorium ; 2° une institution pour l'éducation et l'instruction des enfants épileptiques : 3° une institution destinée à employer les épileptiques ; 4° un asile pour les épileptiques imbéciles. On trouve encore en Allemagne l'asile de Dalldorff, pour les aliénés chroniques, où se rencontrent beaucoup d'épileptiques, et l'asile de Wahlgarten, près de Berlin, pour les épileptiques et les imbéciles. On trouve en Autriche-Hongrie trois de ces asiles spéciaux, en Russie trois, en Danemark deux, en Hollande un, en Suisse trois, en Italie cinq et en France cinq : en outre de ces cinq asilee français les épileptiques sont admis à Bicêtre et à la Salpêtrière. Aux Etats-Unis il y en a six, parmi lesquels il faut citer la colonie de Craig, à Somyea, qui comprend environ 1.000 pensionnaires. Enfin l'orateur signale nombre de refuges plus ou moins importants et dont la création en Angleterre est due à l'initiative et à la charité privées. On a beaucoup fait, mais il reste beaucoup à faire, car il y a dans le Royaume-Uni au moins 40.000 épileptiques, dont la plupart sont recueillis dans les « Work houses » où ils ne sont pas à leur place.

Enfin l'orateur termine cet intéressant discours par l'étude des mesures de progrès prises ou à prendre en faveur des jeunes délinquants [1].

R. DE MUSGRAVE-CLAY.

[1] Voir pour plus de détails : Bourneville, *Assistance, traitement et éducation des enfants idiots et dégénérés*, 1894 ; — *Recherches cliniques et thérapeutiques* de 1890 à 1900.

XIII. Quelques remarques sur les différentes modifications physiques que l'on observe dans les périodes aiguës et subaiguës de la mélancolie; par Lewis Bruce et H. de Maine Alexander. (*The Journal of Mental Science*, octobre 1900.)

Au cours d'une série de recherches sur la pression artérielle chez les aliénés, les auteurs ont été frappés de ce fait que, dans les cas de mélancolie aiguë au début, la pression artérielle présentait une marche plus ou moins définie. Au début de l'attaque, à la période d'agitation et de troubles mentaux aigus, cette pression était élevée et équivalait à 140 et 180 millimètres de mercure · quand les malades étaient maintenus au lit, se calmaient, dormaient mieux, elle tombait au chiffre de 120 à 130 millimètres. On étudia alors l'état physique des malades dans ses rapports avec la tension artérielle : dans la période aiguë la quantité moyenne d'urine émise était de 29 onces et demi et l'urée de 200 grains (12 grammes). Dans la période subaiguë la quantité d'urine atteignait 41 onces et demi et la dose d'urée était de 430 grains (25 grammes). Dans la période aiguë, sécheresse de la peau ; dans la subaigüe, peau souple et moite. Etat aigu : pouls de 90 à 120 par minute: état subaigu de 70 à 80. Le fonctionnement mécanique et chimique de l'estomac s'ameliore à mesure que le malade passe de l'état aigu à l'état subaigu. Dans tous les cas aigus, on a trouvé les réflexes cutanés très actifs et une grande facilité des muscles des membres à être pris de tremblement fibrillaire incoordonnés. Cet état s'atténue dans la période subaiguë. Les hallucinations, très vives, influençant la conduite du malade, se rencontrent dans la période aiguë : et dans la subaiguë, elles manquent, ou sont moins accusées, et sans action sur la conduite du malade.

En somme, il semble que la majorité des cas de mélancolie suive une marche définie avant de guérir ou de devenir chronique. Dans la période aiguë, on constate les symptômes suivants : 1° grande dépression, agitation, hallucinations vives, insomnie; 2° pouls rapide, dur, avec tendance à l'irrégularité, atteignant 90 à 120 par minute. Pression artérielle élevée 140 à 180 millimètres ; 3° température tendant à devenir fébrile ; 4° urine rare, urée insuffisante, traces d'albumine; 5° langue sale, chargée, ni faim, ni soif; pouvoir digestif de l'estomac sur l'albumine coagulée pratiquement nul : activité motrice faible: 6° peau sèche.

L'état subaigu est caractérisé par les phénomènes suivants : 1° Symptômes mentaux moins accentués. Sommeil généralement bon; hallucinations pouvant manquer et n'influant pas sur la conduite ; 2° pouls régulier, plus souple, 70 à 80 par minute. Pression artérielle 120 à 130 millimètres; 3° température non fébrile; 4° urine plus abondante, augmentation considérable de l'excrétion de l'urée. Pas d'albumine; 5° langue propre, alimentation mieux

acc ptée. Pouvoir digestif du suc gastrique, faible d'abord mais se relevant progressivement; 6° peau devenue moite; quelquefois sueurs abondantes.

Si ces données sont exactes, les auteurs estiment qu'elles doivent conduire aux indications thérapeutiques suivantes chez les mélancoliques à l'état aigu : 1° diminution de la pression sanguine; 2° augmentation de l'excrétion de l'urée; 3° utilité d'activer les fonctions de la peau ; 4° nécessité d'aider la digestion et l'assimilation par la digestion artificielle de la nourriture — et ils indiquent sommairement les moyens les plus propres à obtenir ces multiples résultats. R. DE MUSGRAVE-CLAY.

XIV. **L'homicide alcoolique**; par W.-C. SULLIVAN. (*The Journal of Mental Science*. Octobre 1900.)

L'auteur conclut des recherches qu'il a faites sur l'homicide alcoolique que, dans les phénomènes dont il s'agit, le facteur fondamental est le trouble de la sensation organique : ce trouble engendre une action morbide et une pensée morbide, mais l'action est engendrée la première, et la pensée n'est qu'un rejeton tardif et faible. L'auteur n'a pas le temps de discuter la question de responsabilité légale des alcooliques, et il se borne à indiquer que les observations cliniques d'homicide alcoolique démontrent excellemment combien est insignifiant et dépourvu de valeur le critérium de responsabilité qui ne serait tiré que de la conscience des actes accomplis par le sujet. R. DE MUSGRAVE-CLAY.

XV. **Le juif aliéné**; par Cécil-F. BEADLES. (*The Journal of Mental Science*. Octobre 1900.)

Il ne résulte pas des détails d'ailleurs intéressants, recueillis par l'auteur, que l'aliénation mentale se présente dans la race juive avec des caractères sensiblement différents de ceux qu'on lui reconnaît dans les autres races. Le seul point important à noter, — et il ne fait que confirmer des faits déjà observés, — c'est l'extrême fréquence de la paralysie générale chez les Israélites.

R. DE MUSGRAVE-CLAY.

XVI. **L'ivrognerie, ses causes et sa guérison**; par William WYNN WESTCOTT. (*The Journal of Mental Science*. Octobre 1900.)

L'auteur se propose de rechercher quelles sont les vraies raisons pour lesquelles l'ivrognerie existe, si les causes qui la déterminent peuvent être supprimées, et enfin si l'ivrogne est un malade susceptible de guérison.

Il n'est pas douteux que les habitudes d'intempérance soient

fréquemment héréditaires; mais elles peuvent parfaitement être acquises. La race est un facteur à ne pas négliger. La qualité de l'alcool consommé joue un rôle bien connu, enfin le milieu ambiant a une importance considérable. L'influence du sexe est très nette. Quant à l'âge, la période de trente à quarante ans est la période de prédilection des excès alcooliques. Au point de vue de la religion, le Dr Morman Kerr est arrivé à la conclusion que l'ivrognerie augmente plus vite chez les catholiques que chez les protestants, et surtout parmi les femmes, et que la sobriété des juifs est de nature à couvrir de confusion les chrétiens. L'influence souvent invoquée du tabac est nulle.

En somme, à moins de prêcher l'abstinence complète qui ne fait pas de bien grands progrès et dont la puissance de persuasion est faible, il est difficile de supprimer les causes de l'ivrognerie, ces causes étant à peu d'exceptions près, et sauf la question de degré, les mêmes que celles qui font le buveur modéré.

Reste à examiner le traitement : il consiste : 1° à remédier aux effets des excès alcooliques, à soigner la dyspepsie et la débilité, à enrayer les progrès des affections organiques d'origine alcoolique; 2° à remédier au besoin d'alcool, aux troubles intellectuels, à l'abaissement moral, à la tendance aux rechutes. Pour réaliser le premier de ses desiderata, le médecin dispose de nombreux et utiles moyens thérapeutiques. Le second est beaucoup plus difficile à résoudre, ou plutôt sa solution réside dans l'isolement du malade et la prohibition absolue de l'alcool, et l'auteur entre à ce sujet dans des considérations étendues et intéressantes.

R. DE MUSGRAVE-CLAY.

XVII. L'influence des psychoses sur les glycosuries nerveuses; par David BLAIR. (*The Journal of Mental Science.* Octobre 1900.)

Contrairement à ce qu'il serait naturel de supposer, la glycosurie est rare dans les asiles (de 2 à 5 p. 100 suivant les asiles). Les glycosuries nerveuses peuvent se diviser en deux groupes, celles qui sont associées à des lésions organiques des systèmes cérébro-spinal et lymphatique, et celles qui accompagnent des troubles nerveux fonctionnels. Ces dernières sont celles dont l'auteur entend s'occuper ici. L'examen comparatif de la glycosurie, suivant les races, nous montre qu'elle est la maladie des gens très nerveux et très émotifs, et la prédisposition nerveuse, d'ailleurs, est la plus commune des influences héréditaires qui jouent un rôle important dans son étiologie : c'est probablement surtout par cette voie de l'hérédité nerveuse qu'elle est transmissible, et elle est souvent ainsi l'indice d'antécédents névropathiques de famille. Elle peut aussi alterner avec les névroses, disparaissant par exemple quand la folie se manifeste, ce qui expliquerait sa rareté chez les aliénés.

Mais l'émoussement considérable de la sensibilité que l'on rencontre si souvent dans la folie avancée constitue pour les aliénés une cause d'immunité. En ce qui touche les formes de folie où se rencontre la glycosurie, le Dr Bond l'a constatée onze fois dans 114 cas récents de mélancolie, tandis qu'il ne l'a pas rencontrée une seule fois dans 82 cas récents de manie. On a avancé que l'épilepsie s'accompagnait de glycosurie; l'auteur ne peut rien dire concernant l'épilepsie chez les malades non aliénés, mais chez les épileptiques aliénés il a pu constater qu'elle était tout à fait exceptionnelle. On a accusé la médication thyroïdienne de donner de la glycosurie; l'auteur a largement employé cette médication sans rien observer qui pût appuyer cette manière de voir.

R. DE MUSGRAVE-CLAY.

XVIII. Contribution à l'anatomie morbide et à la pathologie de la paralysie générale des aliénés; par David ORR et Thomas Philip COWEN. (*The Journal of Mental Science*, Octobre 1900.)

Cet intéressant travail est accompagné de planches : il se résume dans les conclusions suivantes que nous reproduisons : « Nous savons qu'il y a plusieurs points que nous n'avons fait qu'effleurer. Nous voulons parler des fibres très délicates qui se rencontrent dans la substance grise corticale, de la couche tangentielle, et des lésions tabétiformes des colonnes postérieures de la moelle. Sur ce dernier point il reste beaucoup à faire, et jusqu'à ce que nous ayons rencontré plus de cas présentant des lésions tabétiformes définies, nous hésitons à nous former sur leur nature une opinion précise. — En ce qui touche la pathologie de la paralysie générale, il semble qu'il y ait là une affection primitive des cellules nerveuses de l'écorce du cerveau, limitée presque entièrement aux aires motrices, et que, en même temps que les altérations de dégénérescence de ces cellules, il se produise des substances toxiques qui affectent primitivement les fibres nerveuses dans toute l'étendue du système nerveux. C'est de cette manière seulement que l'on peut expliquer les dégénérescences qui se rencontrent dans les nerfs craniens et dans les racines postérieures des nerfs, et il est probable que les lésions diffuses que l'on trouve disséminées dans les cordons postérieurs ont la même source. A ces lésions primitives, il vient s'en ajouter de secondaires, et nous sommes d'accord avec les observateurs qui admettent que les lésions des tractus pyramidaux sont consécutives à la destruction des cellules nerveuses corticales, et que les altérations descendantes peuvent être suivies tout le long du trajet moteur depuis l'écorce cérébrale jusqu'à la moelle lombaire, et augmentent d'intensité lorsque de grandes destructions de cellules nerveuses corticales succèdent à des états convulsifs. Il est encore trop tôt pour donner une opi-

nion dogmatique sur l'étiologie de la paralysie générale, maladie encore si peu connue ; mais il semble raisonnable, d'après les faits constatés d'émettre une proposition telle que celle-ci : il y a des individus dont les cellules nerveuses sont susceptibles de déchéance prématurée, et cette déchéance peut être hâtée et aggravée par certaines causes déterminantes, de nature toxique, telles que l'alcool, la syphilis, l'influenza, l'intoxication saturnine, et d'autres facteurs analogues. A l'heure actuelle, il n'y a aucune preuve pathologique que l'on puisse attribuer une influence prédominante à l'une ou l'autre de ces causes sur la détermination du début de la maladie, à l'exception de ce qui concerne une seule de ses formes, à savoir, la paralysie générale associée au tabes vrai. Dans cette maladie, qui, d'après notre expérience personnelle, est loin d'être commune, il existe des preuves, tant cliniques qu'anatomo-pathologiques, que la syphilis est un des antécédents les plus fréquents, et probablement la cause déterminante. »

R. DE MUSGRAVE-CLAY.

XIX. Sur les anomalies pupillaires chez les enfants idiots, paralysés et non paralysés et sur leurs rapports avec la syphilis héréditaire ; par W.-J. KŒNIG. (*The Journal of mental Science*, juillet 1900.)

L'auteur rappelle sommairement ses propres travaux sur la question des réactions pupillaires et se propose dans le présent travail de se borner à l'étude des muscles oculaires internes considérée comme caractère dominant dans treize cas d'idiotie, sans faire de distinction entre les cas où il y avait de la paralysie et ceux où il n'en existait pas. Il divise ces treize cas en trois groupes, dont les deux premiers ne comprennent qu'un seul cas : le cas du premier groupe, déjà publié ailleurs par l'auteur est un cas de mydriase alternant avec des réactions pupillaires normales, chez un sujet jeune (17 ans) probablement atteint d'affection organique congénitale du cerveau, avec symptômes cliniques consistant en un abaissement des facultés mentales de nature non progressive, de la paraparésie spasmodique, des mouvements athétoïdes des muscles de la bouche et des orteils et de l'atrophie optique post-névritique. L'observation du malade dont il s'agit montre que la mydriase alternante et l'activité réactionnelle normale et la pupille peuvent pendant plusieurs années coexister avec une lésion organique du cerveau. Elle nous donne aussi quelques indications sur la valeur pronostique de ce symptôme : la mydriase alternante, en effet, n'a d'importance spéciale que si elle est associée à une sensibilité pupillaire normale, car la présence d'une modification même très légère des réflexes à la lumière, avec ou sans mydriase alternante, suffit à nous mettre en garde contre un

pronostic trop hâtif. D'autre part, quand les réflexes pupillaires sont normaux, l'apparition de la mydriase alternante n'est pas nécessairement de mauvais augure : mais on devra pourtant se souvenir dans ce cas que la mydriase alternante se rencontre dans la paralysie générale au début, et aussi qu'elle peut coïncider pendant des années avec la réaction pupillaire normale chez un sujet atteint de lésion organique du cerveau. Enfin il y a lieu de tenir compte d'un symptôme que l'auteur désigne sous le nom de pseudo-mydriase alternante, et qui n'est en réalité qu'une illusion ; on le rencontre lorsque des pupilles, de largeur et d'irritabilité réflexe inégales, sont soumises à l'influence d'une lumière dont la vivacité varie. Le second groupe de l'auteur se compose lui aussi d'une observation solitaire : il s'agit d'un cas de paresse pupillaire transitoire, associée il est vrai à de l'ophtalmo-parésie externe, et s'écartant un peu par là de l'objet du présent mémoire.

Enfin le troisième groupe comprend onze cas dont l'auteur rapporte les observations résumées, et qui portent sur huit garçons et trois filles, dont l'âge variait de sept à quinze ans. Neuf étaient des cas de paralysie cérébrale infantile, et dans tous les cas, sauf trois, l'insuffisance mentale remontait à la naissance. Tous ces malades étaient plus ou moins déments lors de leur admission, et chez tous le langage manquait ou était embarrassé, sans rien toutefois qui rappelât les troubles d'articulation de la paralysie générale. Le réflexe du genou était exagéré chez tous. Tous avaient eu des crises convulsives.

Les anomalies pupillaires chez ces malades ont été binoculaires, presque toujours, et monoculaires une seule fois : dans les cas binoculaires, on a constaté : 1° la perte totale des réactions, deux fois ; 2° les pupilles restant fixes à la lumière, impossibilité de mesurer leur action pendant la convergence, trois fois ; 3° des pupilles rigides à la lumière et paresseuses dans la convergence, une fois ; 4° la réaction à la lumière disparue, le réflexe de convergence paresseux dans un œil et normal dans l'autre, une fois ; 5° absence de contraction à la lumière et de convergence dans un œil, lenteur de ces actes dans l'autre, deux fois ; 6° insuffisance de réflexe à la lumière dans les deux yeux, la réaction de convergence et d'accommodation demeurant énergique.

Un point important à noter dans ces observations, c'est la grande fréquence de l'absence simultanée de toutes les réactions. C'est l'inverse de ce que l'on observe dans la paralysie générale où le plus souvent la réaction de convergence est conservée.

L'auteur aborde enfin la question des rapports des troubles pupillaires avec l'hérédité syphilitique. L'origine spécifique n'est pas toujours facile à démêler, parce que les facteurs étiologiques de l'idiotie et de la paralysie cérébrale infantile sont nombreux : mais on est frappé de ce fait que, en analysant les onze cas dont

il s'agit, on constate qu'il n'y en a qu'un seul où l'hérédité syphilitique puisse être écartée avec quelque vraisemblance. Dans la majeure partie des cas où cette hérédité est admissible ou probable, d'autres causes prédisposantes figurent à ses côtés.

Il résulte donc des recherches de l'auteur que puisque nous rencontrons la syphilis des parents, dans la majorité des cas de démence précoce avec altération des réactions pupillaires, soit comme cause prochaine, soit comme l'un des éléments prédisposants, l'insuffisance ou la perte de la réaction pupillaire, dans les cas d'affaiblissement mental infantile, doit nécessairement diriger notre attention vers l'hérédité syphilitique, sans toutefois nous permettre d'écarter les causes autres que la syphilis, et cette opinion est d'ailleurs en parfait accord avec celle de Babinsky et Charpentier. Le mémoire se termine par quelques considérations sur les cas, au nombre de six, où l'autopsie a été pratiquée. Cinq fois on a trouvé à l'œil nu des états analogues à ceux que l'on a coutume de rencontrer dans les périodes avancées de la paralysie générale : un seul cas était un cas de syphilis cérébrale.

R. DE MUSGRAVE-CLAY.

XX. **Emphysème du tissu aréolaire sous-cutané dans un cas de mélancolie avec stupeur**; par Thomas-Philip COWEN. (*The Journal of Mental Science*, juillet 1900.)

Voici le résumé de cette observation : matelot de vingt ans, célibataire, atteint de manie avec stupeur. Retient sa respiration tant qu'il peut jusqu'à ce qu'il semble qu'il va éclater : on note de l'emphysème sous-cutané de la face et du cou, sans traumatisme, sans phtisie pulmonaire. L'emphysème se propage le lendemain à une partie du thorax et aux épaules, symétriquement : le malade continue à retenir sa respiration et à gonfler ses joues, — manœuvre dont la cessation au bout de quelques jours est suivie d'une diminution de l'emphysème. Il sort guéri. R. DE MUSGRAVE-CLAY.

XXI. **Une théorie relative aux états physiques du système nerveux qui sont nécessaires à la production des états de mélancolie, de manie, etc.**; par John TURNER. (*The Journal of Mental Science*, juillet 1900.)

C'est une question très embarrassante en pathologie mentale que celle de savoir *comment* se produisent les états d'exaltation et de dépression, et, physiquement, à quelles modifications du système nerveux ces états correspondent, si leurs localisations sont différentes dans la mélancolie et dans la manie, et en cas de réponse affirmative, où siègent les altérations respectivement créatrices de l'exaltation et de la dépression.

C'est à ces questions que l'auteur veut essayer de répondre par une hypothèse dans le développement de laquelle il serait difficile de le suivre ici, mais qui peut être sommairement résumée de la manière suivante : l'auteur suppose que, la mélancolie et la manie étant toutes les deux associées à un état de dissolution du système nerveux, la réduction, dans le premier cas (mélancolie) se fait le long des lignes sensorielles de l'arc nerveux réflexe, et dans le second cas (manie) le long des lignes motrices. Et après l'exposé de cette opinion, il ajoute que cette hypothèse est appuyée par les seules lésions anatomiques capables de démonstration qui aient été jusqu'ici constatées dans la mélancolie; en effet, il y a un groupe assez bien défini de cas de mélancolie qui se terminent ordinairement et rapidement par la démence, et dans lesquels il existe une altération bien définie de la majorité des cellules nerveuses géantes et pyramidales de l'écorce : or, ces cellules, surtout les premières, sont considérées avec vraisemblance comme des cellules motrices du niveau le plus élevé, et l'altération constatée est identique à cellle qui se produit expérimentalement après la section des axones des cellules motrices. R. DE MUSGRAVE-CLAY.

XXII. **Épilepsie associée à la folie** ; par Ernest-W. WHITE. (*The Journal of Mental Science*, janvier 1900).

Le but de ce travail est d'examiner les diverses formes de folie que l'épilepsie peut compliquer : l'auteur les considère aux divers âges de la vie : enfance, puberté, adolescence, ménopause, et vieillesse. Dans l'enfance, lorsque la folie et l'épilepsie coexistent, c'est qu'elles ont ordinairement une source héréditaire commune. La puberté avec les perturbations organiques qu'elle comporte est favorable au développement des affections mentales ou convulsives. L'auteur toutefois n'a vu que très peu de cas de folie primitive de la puberté : presque tous étaient consécutifs à l'épilepsie ou à la chorée. Pendant l'adolescence, il est très commun de rencontrer la folie associée à l'épilepsie, celle-ci ayant probablement paru la première pendant la puberté : ces malades ont souvent des hallucinations, et il n'est pas rare qu'ils soient violents et dangereux. L'auteur donne de ces malades une description détaillée et intéressante : il montre ensuite les caractères spéciaux des malades chez lesquels l'épilepsie chronique a finalement déterminé une folie qui aboutit à la démence. L'apparition des crises épileptiques dans les cas de manie ou de mélancolie ayant déjà une certaine durée est ordinairement un très mauvais signe; mais il y a des exceptions, et l'attaque d'épilepsie peut quelquefois au contraire être un « tournant » dans la maladie, qui marche dès lors vers la guérison. On connaît la fréquence de l'épilepsie au début de la paralysie générale : elle est caractérisée par l'absence de tonicité

dans les attaques, la brièveté du stade tonique par rapport au stade clonique, la tendance des crises à s'imbriquer, et l'épuisement général qui leur succède. La folie de la ménopause se complique rarement d'épilepsie ; cette combinaison est au contraire commune dans la manie et la mélancolie séniles, et l'épilepsie se présente alors souvent sous la forme de *petit mal*. Ces cas se terminent par la démence. L'auteur termine ce travail par quelques considérations sur l'influence de la lune, des époques menstruelles, des saisons, sur le nombre des attaques épileptiques, et enfin sur le traitement. R. DE MUSGRAVE-CLAY.

XXIII. Sur quelques affections cutanées assez rares chez les aliénés ; par Thes.-B. HYSLOP. (*The Journal of Mental Science*, janvier 1900.)

Tous les médecins d'asile connaissent certaines modifications de couleur, de souplesse de la peau dans certaines maladies mentales : l'auteur se propose dans ce travail de n'étudier que quelques affections cutanées peu nombreuses chez les aliénés, à savoir : les anomalies de pigmentation, la pseudo-pellagre, l'herpès, le pemphigus, l'adénome sébacé, les maladies simulées : il entre à propos de ces diverses affections dans des détails intéressants, et son texte est rendu plus clair par des figures bien faites. Il termine par quelques considérations sur les rapports des affections de la peau avec les modifications des maladies mentales et leur pronostic ; ces conclusions se résument ainsi : on voit assez souvent les maladies mentales alterner avec les affections cutanées ; des récidives d'aliénation coïncident avec des récidives d'éruptions : il n'est pas rare de voir des fous curables avoir des maladies cutanées curables, et des fous incurables avoir des dermatoses incurables aussi : souvent la marche de l'un des éléments — soit cutané, soit mental, — fournit le pronostic de l'autre élément ; car ainsi que l'a fait justement remarquer le Dr Savage « si vous voyez la peau s'éclaircir graduel- « lement, vous ne tarderez pas à voir apparaître l'amélioration « mentale ; mais une peau rebelle présage une guérison tardive et « difficile. » R. DE MUSGRAVE-CLAY.

XXIV. Notes sur 206 cas consécutifs de manie aiguë traités sans le secours de la médication sédative ; par C.-K. HITCHCOCK. (*The Journal of Mental Science*, janvier 1900)

Voici le détail de ces 206 cas qui comprennent 29 récidives : guérisons, 171 ; décès survenus pendant l'accès par le fait de la manie, 8 ; décès survenus pendant l'accès par le fait de maladies intercurrentes, 3 ; malades améliorés et confiés aux soins de leur famille, 12 ; malades transférés dans d'autres asiles, 7 ; malades encore en traitement, 5.

Ces guérisons qui donnent une proportion de 83 p. 100 ont été obtenues sans le secours d'aucun agent sédatif ou narcotique.

L'auteur, qui a passé par six asiles avant de diriger celui de York, est convaincu que l'abus et même l'usage des médications stupéfiantes dans la manie est non seulement inutile, mais nuisible, que l'insomnie, même continue, n'est pas incompatible avec la guérison, qu'il faut chercher pour chaque cas particulier la cause de l'excitation maniaque (un purgatif fait quelquefois merveille), enfin que par l'abstention systématique de tout médicament de cet ordre il a obtenu, chez ses malades, un nombre supérieur de guérisons, peut-être une diminution de mortalité, et probablement aussi une vie plus calme chez les malades qui n'ont pas guéri. R. DE MUSGRAVE-CLAY.

XXV. L'hystérie et ses rapports avec la folie; par Geoffrey HUNGERFORD. (*The Journal of Mental Science*, janvier 1900.)

On peut poser en principe que l'hystérique est un être anormal qui évolue sur la frontière de la folie. Chez un tel malade les idées dominent les organes et y provoquent des modifications fonctionnelles nombreuses et imprévues. L'hystérie a deux causes principales, l'hérédité et l'éducation : celle-ci, bien comprise et bien dirigée, pourrait reléguer celle-là sur un plan de plus en plus éloigné et finir par l'éliminer. L'éducation, donnée par des parents qui sont quelquefois neurasthéniques eux-mêmes, est certainement coupable de l'éclosion de bien des cas d'hystérie. Un esprit bien équilibré subit, plus ou moins, mais toujours, dans une certaine mesure l'influence du milieu ambiant ; à plus forte raison les esprits mobiles dont il est ici question. D'ailleurs chez les hystériques, la faculté d'imitation se développe d'une manière exagérée, ainsi que l'impressionnabilité. Ils arrivent à se créer des idées erronées, qu'ils cultivent soigneusement jusqu'à les transformer en idées fixes, et dès lors ils cessent de pouvoir être considérés comme sains d'esprit. R. DE MUSGRAVE-CLAY.

DRAMES DE L'ALCOOLISME. — A Begies (Gironde), un alcoolique, Dourche, a blessé mortellement sa femme d'un coup de fusil, puis il l'a achevée à coups de couteau. (*Bonhomme Normand*, 23-29 août.)

— Léopold Duquesnel, trente-huit ans, nacrier, et Célestine Goury, trente-neuf ans, vivaient ensemble à Belleville. Tous deux se grisaient. L'autre jour, étant ivres, ils se sont querellés et Duquesnel a tué sa concubine à coups de sabot. (*Bonhomme Normand*, 29 octobre.)

SOCIÉTÉS SAVANTES.

XIe CONGRÈS DES ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES

DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

Session de Limoges (*suite* [1]).

Séance du lundi 5 *août* (matin). — PRÉSIDENCE DE M. GILBERT BALLET.

Personnel secondaire des asiles d'aliénés.

Rapporteur : M. le Dr H. TAGUET.

M. le Dr TAGUET commence par établir que le recrutement du personnel secondaire devient de plus en plus difficile dans les asiles de province, où il passe comme des voyageurs à travers une auberge. « Comment pourrait-il en être autrement ? Le métier d'infirmier est un véritable sacerdoce, dont l'espèce se fait de plus en plus rare. Qu'on veuille bien mettre en parallèle ce qu'on lui donne en compensation de ce qu'on exige de lui. » Il ne voit qu'un moyen de remédier à un état de choses aussi déplorable : augmenter le salaire des serviteurs et leur assurer, en cas de bons services, une retraite pour leur vieillesse.

Le département de la Seine est entré largement dans cette voie et en moins de vingt ans, le traitement a presque doublé. Le recrutement s'en est rapidement senti ; sans doute, le personnel n'est pas parfait, mais on peut affirmer qu'il est, en général, bien supérieur à celui des hôpitaux et de la plupart des asiles de province. Ce traitement varie, pour les surveillants et surveillantes, chefs d'ateliers et assimilés de 2.550 fr. par an à 2.300 suivant la classe, y compris les avantages en nature ; pour les sous-surveillants, sous-surveillantes et assimilés, il varie de 2.120 à 1.875 ; pour les suppléants et suppléantes de 1.855 à 1,815 ; et, enfin, pour les infirmiers et infirmières de 1.700 à 1.500.

Les sous-surveillants, les sous-surveillantes, les infirmiers et les

[1] Voir *Archives de Neurologie*, nos 69 et 70, t. XII, p. 233 et 312.

infirmières de services spéciaux (infirmeries, gâteux, agités, épileptiques, quartiers cellulaires) reçoivent, en outre, une gratification mensuelle de 10 francs. Il en est de même du service de veille. Les agents de tout ordre qui ont obtenu le *diplôme* d'infirmier ou d'infirmière reçoivent en plus de leur traitement 5 francs par mois.

La *retraite*, après vingt-cinq années de services, est de la moitié du traitement. Une indemnité proportionnelle, en cas d'infirmités, est accordée après dix ans d'exercice. Après six ans de présence dans les asiles, les agents peuvent faire compter leurs services dans l'armée, ou l'Assistance publique.

M. le Dr Taguet regrette que cette indemnité de repos ne soit pas reversible sur la tête des veuves et des enfants mineurs. Il rappelle les diverses propositions qui ont été adoptées par la sous-commission chargée d'étudier l'organisation des asiles de la Seine : créations d'infirmiers de visite, durée du stage, diplôme obligatoire ; admissions d'infirmières en remplacement d'infirmiers dans certains quartiers ; logement du personnel en dehors des quartiers, mais de préférence dans l'asile, conformément à un roulement à établir ; repos journalier de deux heures à chaque agent du service médical ; aménagement d'une salle pour le personnel secondaire ; augmentation du personnel de jour et du personnel de veille ; nomination du personnel de surveillance ; stage dans les quartiers imposé aux agents des services généraux.

Bien que ces diverses propositions n'aient rien qui soit spécial aux asiles de la Seine, M. le Dr Taguet les élimine pour ne traiter que les questions qui sont applicables à tous les asiles sans exception, ces questions sont les quatre suivantes :

1° Il fait ressortir combien est variable dans les asiles le nombre des infirmiers et des infirmières, par rapport à la population traitée, nombre notoirement insuffisant, si l'on tient compte surtout des absences, des cas de maladie, des vacances, etc. Il propose la rédaction adoptée par la sous-commission des asiles de la Seine, qui est la suivante :

Le personnel des infirmiers de jour sera d'un agent par douze malades. Dans ce nombre, ne seraient compris ni les sous-surveillants ni les veilleurs. » La proportion de un gardien pour douze malades sera établie sur le chiffre réel de la population et non sur les effectifs budgétaires prévus. — Il sera créé dans chaque service un poste de sous-surveillant ou sous-surveillante de remplacement [1].

2° Organisation du service de veille, en laissant à chaque asile

[1] L'administration a été plus loin et a créé cette année deux suppléants ou suppléantes par service, à la suite des propositions formulées par M. Bourneville et acceptées par la Commission de surveillance.

le soin de le régler, suivant les convenances et les nécessités du moment.

3° La situation de reposant et de reposante, qui dans beaucoup d'asiles a quelque chose de pénible et de dégradant, serait remplacée, pour tous les asiles sans exception, qu'ils admettent ou n'admettent pas de reposants, par une indemnité de repos qui serait, comme dans la Seine, la moitié du traitement d'activité, y compris le traitement en argent, l'évaluation des avantages en nature, indemnité déterminée comme il est dit dans les asiles de la Seine, avec cette réserve qu'en cas de décès, la moitié de l'indemnité de l'ayant droit est réversible sur la tête de la veuve en tant qu'elle ne jouit pas elle-même d'un traitement d'activité comme infirmière ou assimilée. (Voir page 429, 1°.)

4° Elévation du traitement, qui devrait toujours être supérieur à celui de la domesticité de la région et n'être jamais inférieur à 360 francs par an.

M. Giraud. — M. Taguet, dans son rapport, a constamment en vue les infirmiers. Or, d'après ce que j'ai observé, il faut faire une distinction dans le personnel secondaire des asiles. Tandis qu'un grand nombre d'infirmiers passent, suivant l'expression de Dagron, rapportée par M. Taguet, « comme des voyageurs à travers une auberge », sont paresseux et ivrognes, le personnel ouvrier, dans les asiles, a une valeur morale de beaucoup supérieure. Ce sont généralement des gens du pays, mariés, ayant une famille, s'attachant à l'établissement ; ils sont d'une fixité qui forme contraste avec le personnel des infirmiers. Ainsi, j'ai sous les yeux la liste du personnel de l'asile de Quatre-Mares. Dans le personnel secondaire, en dehors des infirmiers, je ne trouve qu'un homme, sur 32, entré en 1901, c'est-à-dire dans l'année courante, soit une proportion d'environ 3 p. 100. Dans la liste des infirmiers, au contraire, on relève 26 sur 79, entrés depuis le premier janvier 1901, soit une proportion de 26 p. 100 et je ne compte pas les mutations de ceux qui sont entrés depuis le premier janvier et sont sortis aujourd'hui. Et encore dans ce personnel, qui, d'une manière générale est médiocre, il y a une distinction à faire, car on trouve dans les asiles des infirmiers qui ont dix, vingt, trente ans et plus de services dans le même établissement. Ce sont des hommes qui ont échappé au vice de l'ivrognerie, et se contentent d'une vie facile où ils trouvent le vivre et le couvert, et n'ont pas à se préoccuper du lendemain. La grosse difficulté réside dans le recrutement des infirmiers, parce que ce sont des hommes qui n'ont pas de métier et, s'ils n'ont pas de métier, c'est qu'ils n'ont pas eu la constance d'en apprendre un. De là leur infériorité morale vis-à-vis des ouvriers. Les infirmières peuvent généralement être plus facilement recrutées et ont habituellement reçu une éducation qui leur permet d'éviter l'oisiveté, ce qui est une supériorité vis-à-vis des infirmiers.

J'estime que tout le problème du recrutement des infirmiers et infirmières ne réside pas dans l'augmentation des salaires, et on ne peut pas poser de règle absolue, car il faut tenir compte des diverses régions. Le salaire doit être suffisant pour permettre de constituer de petites ressources dans les vieux jours, et peut être en rapport avec la moyenne de ce que gagne un ouvrier dans la région. L'esprit d'ordre et d'économie de l'individu joue un grand rôle. J'ai vu des infirmières qui avec un salaire de vingt francs par mois arrivaient à s'acheter des rentes, tandis que la plupart des infirmiers, gagnant beaucoup plus, étaient toujours à court d'argent, parce qu'ils employaient tout leur argent à boire dans leurs sorties. On est peu encouragé à augmenter le salaire de cette catégorie d'infirmiers parce que plus on leur donne, plus on leur donne le moyen de boire.

M. Taguet estime que cette question ne peut être discutée. C'est aussi l'avis de M. Ballet, président, qui invite le Congrès à se prononcer successivement sur chacune des conclusions développées dans le rapport de M. Taguet. Le Congrès a donc à se prononcer sur les points suivants :

1° *Il y a lieu de remplacer les mots de « gardiens » de « gardiennes », par ceux d' « infirmiers et d'infirmières »?*

M. Doutrebente demande qu'elle dénomination servira à désigner les agents qui, remplissant dans les infirmeries des asiles les fonctions d'infirmiers, sont les seuls et véritables infirmiers ou infirmières. — Plusieurs membres du Congrès font observer que ce n'est qu'une question de mots et qu'en réalité, les agents chargés de soigner les aliénés ont tous droit au même titre d'infirmiers ou infirmières.

M. Bourneville déclare qu'il s'attendait, ce qui paraissait logique, à une *discussion générale*, mais puisqu'on a préféré immédiatement la discussion des propositions ou des vœux formulés par M. le rapporteur, il s'incline. En ce qui concerne le vœu en discussion, il appuie vivement cette substitution qui, au point de vue moral, a beaucoup plus d'importance qu'on ne le suppose. Elle est l'analogue de la substitution, qu'il a fait prévaloir dans les hôpitaux de Paris, après des années d'insistance, des mots *infirmiers* et *infirmières* aux appellations anciennes, un peu humiliantes, de *serviteurs* et *servantes*.

2° *Y a-t-il lieu de créer des infirmiers dits de visite?*

M. Doutrebente demande ce que sera l'infirmier de visite.

M. Taguet lui répond que les infirmiers de visite seront ceux chargés spécialement de tous les détails d'ordre médical des services, tandis que les autres seront occupés aux gros travaux.

M. Doutrebente fait remarquer que cela existe déjà en réalité.

M. Bourneville. — Tous les agents qui sont en contact avec les malades, dans tous les quartiers, ne sont pas seulement chargés des gros travaux ; ils sont appelés aussi à *soigner* les malades, à leur porter secours à chaque instant, à collaborer au traitement moral, à leur administrer les médicaments prescrits, à les aider aux bains, aux douches, en un mot ce sont des *infirmiers*. Ils doivent recevoir l'instruction professionnelle. C'est parmi les meilleurs d'entre eux qu'on doit recruter les infirmiers de l'infirmerie proprement dite. Il n'y a donc pas lieu de faire de distinction entre eux.

M. Taguet retire sa proposition.

3° *Le diplome d'infirmier est-il facultatif ou obligatoire pour certains membres du personnel secondaire ou pour tous ?*

M. Bourneville croit qu'il est nécessaire de faire suivre des cours à toutes les personnes qui sont en rapport avec les malades, même aux chefs d'ateliers ; nul doute pour les agents des quartiers. Quant aux chefs d'atelier, en contact prolongé avec les aliénés, ils peuvent se trouver dans la nécessité de leur donner des soins, il est donc indispensable qu'ils sachent ce qu'ils ont à faire ; par suite, ils devraient faire un stage en qualité d'infirmiers dans l'un des services de l'asile ; on aura alors en eux des agents capables de savoir quelle attitude ils doivent adopter en présence des malades, bien qu'ils n'aient qu'une idée sommaire de ce qu'est un aliéné. Actuellement les chefs d'ateliers, ignorant les devoirs qui leur incombent, ne sont que trop rarement de véritables auxiliaires du médecin ; c'est ainsi qu'ils se formalisent des injures ou des grossièretés qui peuvent leur être adressées, et que lorsque les malades placés sous leurs ordres deviennent un peu gênants, il les renvoient de l'atelier.

Il est juste d'améliorer la situation matérielle des infirmiers, dont le traitement est véritablement dérisoire, dans un grand nombre d'asiles, et, sur ce point, nous faisons appel à tous nos collègues pour nous donner des renseignements précis. Il faut aussi s'efforcer d'améliorer leur situation intellectuelle et morale. Pour cela la création d'écoles s'impose. Ces écoles existent à l'étranger ; elles devraient exister en France, mais il n'y en a pas. Un essai tenté par M. le Dr Rey, directeur-médecin de l'Asite d'Aix, n'a pas réussi. M. Bourneville expose en détail ce qui se fait dans cet ordre d'idées en Angleterre, où existent des écoles d'infirmiers dans tous les asiles, organisées sur un modèle uniforme. Elles sont dues à l'*Association médico-psychologique* d'Angleterre qui a rédigé un Manuel spécial. Des examens ont lieu chaque année. Les diplômés doivent se conformer au Règlement qui a été rédigé pour les maintenir dans une voie régulière. Il insiste sur la nécessité de la *création d'écoles d'infirmières* dans toutes les villes où existent des Facultés ou des Ecoles prépara-

toires de médecine; sur l'utilité qu'il y aurait à ce que le *programme* de ces écoles fût le même partout, ainsi que le *mode d'examen* pour l'obtention du *diplôme*. C'est dans ces écoles, dont le programme doit comprendre la connaissance des soins à donner aux aliénés, que devrait être recruté le personnel des asiles. Supposons une Ecole d'infirmières à Limoges, un cours spécial devrait être fait à l'asile de Naugeat, et ainsi partout où, à côté de la ville qui a une Faculté ou une Ecole de médecine, il y a un *asile*.

M. Briand met en parallèle les plaintes de M. Taguet au sujet du peu d'autorité qu'exercent les médecins sur le personnel des services généraux, et l'opinion de M. Giraud, qui se déclare satisfait de ce personnel. D'après lui, ces divergences d'idées peuvent s'expliquer par les situations différentes qu'occupent ces deux médecins, l'un étant exclusivement médecin en chef et l'autre directeur-médecin. Il estime que le diplôme rendra le personnel des services généraux plus subordonné à l'égard des médecins et plus conscient de ses devoirs à l'égard des malades. Il demande, en conséquence, l'obligation du diplôme pour tous, quitte à faire des exceptions, si elles s'imposent dans tel ou tel cas particulier ; ces exceptions ne pourraient, au reste, avoir lieu qu'avec l'assentiment du médecin.

M. Drouineau demande que l'on précise ce qu'il faut entendre par personnel secondaire ; il lui semble que l'on doit distinguer le personnel secondaire et le personnel inférieur.

M. Ballet répond qu'il ne saurait être question du personnel administratif, mais de tous les autres agents.

M. Giraud est d'accord avec M. Bourneville pour reconnaître qu'il serait avantageux d'améliorer la situation morale du personnel secondaire ; mais il ne pense pas qu'il faille exiger le diplôme à l'heure actuelle; cette obligation entraînerait dans le service des perturbations sérieuses et le rendrait peut-être même impossible. (Voir page 429, 2°.)

M. Ballet le rassure; le Congrès peut voter sans crainte cette mesure dont la lenteur administrative bien connue ne permettrait pas la réalisation immédiate.

M. Giraud demande qu'on se préoccupe de solutions pratiques. Il y a des écoles d'infirmiers et d'infirmières à Paris, mais pour les établissements de Paris seuls. Il faudrait d'abord créer des écoles dans les départements et dans des conditions où ceux qui sortent de ces écoles ne soient pas forcés de rester fixés à un seul asile. En d'autres termes, on ne peut pas créer ces écoles dans tous les asiles, et on n'en voit pas bien le fonctionnement à Saint-Alban. On ne peut pas avoir d'infirmiers diplômés en province, car ceux qui sont mis à la porte des asiles de la Seine, malgré

leur diplôme, parce qu'ils sont mauvais infirmiers, ne sont pas meilleurs dans les asiles de province, et on n'en trouve pas d'autres. Il ne faut pas généraliser actuellement l'exigence du diplôme, puisqu'on se heurte à une impossibilité actuelle.

M. Ballet lui répond que le vœu soumis au Congrès comporte deux questions : 1° une question de principe ; 2° une question pratique sur la réalisation de ce vœu. C'est sur la question de principe qu'il importe de se prononcer actuellement.

M. Drouineau qualifie ce vœu d'un peu platonique et se demande si la réalisation en sera possible ; dans ces conditions, les deux questions signalées par M. Ballet ne peuvent être séparées. Il ajoute que à son avis, il faudrait pour toutes ces écoles un règlement *unique* dont tous les points devraient être précisés.

M. Bourneville se déclare d'accord avec M. Drouineau, en ce qui concerne le *réglement* unique pour toutes les Ecoles d'infirmiers et d'infirmières. Quant à la création de ces Ecoles elle est facilement réalisable dans toutes les villes que nous avons indiquées. Le Conseil supérieur de l'assistance publique en a adopté le principe, fixé le programme, en un mot le fonctionnement. C'est au gouvernement à donner l'impulsion, à favoriser l'exécution par des subventions sur le pari mutuel. Paris, Lyon, le Hâvre, Reims, etc. ont donné l'exemple. Demain, nous l'espérons, Marseille aura une Ecole d'infirmiéres. Les asiles d'aliénés pourront recruter leur personnel non seulement à Paris, mais dans toutes les villes où il y aura des Ecoles d'infirmières. Il est question d'en créer une à Rouen. Là, aussi le cours sur les soins à donner aux aliénés pourrait être fait par l'un des médecins des deux asiles et, à l'occasion, M. Giraud prêterait assurément son concours.

M. Taguet maintient ce qu'il a a exposé antérieurement.

Plusieurs membres du Congrès déclarent irréalisable le vœu proposé.

M. Bourneville s'étonne qu'on ne puisse faire en France ce qui, depuis longtemps, se fait à l'étranger, en Angleterre, aux Etats-Unis en particulier. Dans ces pays, les médecins des asiles font des cours à leur personnel. Les élèves subissent un examen devant un jury spécial, fixé par l'*Association médico-psychologique*. « Les diplômes accordés par l'Association sont ordinairement bien vus par la généralité du personnel et le *système d'examen étant uniforme*, dans tout le pays, ces diplômes ont une réelle valeur [1]. » Il y a une inscription légale des infirmières diplômées, ce qui est une garantie pour le public. Un registre des candidats reçus est

[1] *Procès-verbaux* de la Commission de surveillance des asiles de la Seine, 1890 et années suivantes.

tenu. Les diplômés, dont la conduite a été reconnue mauvaise sont rayés du Registre. (Voir page 429, 3°.)

M. Rayneau propose que des leçons pour les infirmiers et infirmières soient organisées dans les asiles.

M. Doursout est d'avis que des écoles d'infirmiers et d'infirmières soient organisées dans les Asiles situés au voisinage des Facultés ou des écoles de Médecine.

M. Bourneville répète que c'est dans les villes-écoles que l'enseignement professionnel doit être fait et que les leçons sur les soins à donner aux aliénés pourraient être faites par l'un des médecins de l'asile voisin, avec assistance de tous les élèves, par séries, aux visites des médecins qui devraient leur donner des *conseils pratiques*, complétant les *leçons théoriques*.

M. Ballet met aux voix le vœu de M. Bourneville tendant à la création de ces écoles. — Le vœu est admis à l'unanimité.

Comme complément, il met aux voix également le vœu tendant à ce qu'un programme minimum d'enseignement (celui qui a été élaboré par le Conseil supérieur de l'assistance publique est tout indiqué) soit imposé à ces écoles. (Adopté).

Sont également adoptés le vœu tendant à la création d'un certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmiers ou d'infirmières, et celui d'après lequel l'examen devrait être subi devant un jury partout composé des mêmes éléments.

M. Taguet demande si ce vœu s'étend au personnel des services généraux.

M. Briand propose que les infirmiers et infirmières ne puissent être nommés aux emplois supérieurs (surveillants ou sous-surveillants) dans les services médicaux ou généraux que s'ils sont pourvus du diplôme.

M. Taguet demande la division de cette proposition.

Elle est adoptée en ce qui concerne les services médicaux.

M. Drouineau se demande si, en province, il ne sera pas impossible d'avoir des chefs d'ateliers diplômés. Il pense que le travail est le but essentiel des ateliers ; le chef d'atelier doit être d'abord un ouvrier, or pourra-t-on avoir en une seule et même personne un ouvrier et un infirmier? (Voir page 429, 4°.)

M. Briand insiste pour que le diplôme soit exigé pour le personnel des services généraux. Un ouvrier doit avoir la mentalité médicale. Les craintes de M. Drouineau ne doivent pas nous éloigner du but à atteindre. Selon M. Briand, les difficultés de l'examen ne sont pas telles que n'importe qui ne puisse obtenir le diplôme. Le stage dans un service médical est indispensable. Mais

dans la pratique, certains tempéraments peuvent être apportés à cette règle dans les occasions exceptionnelles.

De nombreuses protestations se font entendre contre ces exceptions.

M. Vallon pense que l'article 8 du projet élaboré par la sous-commission nommée par le préfet de la Seine pour étudier l'organisation des asiles de la Seine, article cité dans le rapport de M. Taguet, donnerait satisfaction à tous.

M. Doutrebente fait une restriction pour le cuisinier; il ne peut attendre pour faire manger ses malades que le cuisinier ait fait le stage réclamé dans un service médical.

M. Briand, retire son vœu et se range à l'avis de M. Vallon.

M. Vallon donne lecture de l'article 8 précité... (*Adopté.*)

4° *Question du logement du personnel secondaire hors de l'Asile ou dans l'Asile.*

M. Bourneville pense que le logement à l'asile en dehors des quartiers qu'il a toujours réclamé afin d'assurer le repos du personnel, ou hors de l'asile n'a qu'une importance relative. La question qui prime tout c'est la création d'une équipe de jour et d'une équipe de nuit pour assurer le bon fonctionnement du service.

M. Drouineau fait remarquer qu'il faut tenir compte du chiffre du personnel.

M. Doutrebente dit que la question du logement du personnel secondaire dans l'asile ou hors de l'asile ne peut se poser que si le service de nuit est assuré.

Le vœu de M. Taguet tendant à loger dans l'asile le personnel de jour est adopté.

5° *Nombre du personnel.*

M. Taguet propose le chiffre de 1 infirmier pour 12 malades pour le personnel de jour.

M. Doutrebente estime que c'est insuffisant, du moins pour les services d'infirmerie, de gâteux et d'agités.

M. Doursout est d'avis que c'est excessif.

M. Briand, estimant que la proportion proposée par M. Taguet est trop faible, propose celle de 1 infirmier pour 10 malades.

M. Giraud rappelle que l'an dernier, au Congrès d'Assistance, on a voté la proportion de 1 pour 5.

M. Taguet admet la proposition de 1 infirmier pour 10 malades (non compris les sous-surveillants et le veilleur dans chaque quartier). (Ce vœu est adopté.)

6° *Organisation du service de veille.*

M. Taguet pense qu'il faut laisser chacun libre de s'organiser à sa façon.

M. Bourneville est d'avis que l'organisation de ce service doit être réglementée en vue d'un minimum, quitte à ce que l'asile ait la faculté de dépasser ce minimum d'autant plus qu'il n'existe pas encore de *service de veille* dans certains asiles et qu'il n'y a pas longtemps qu'il existe dans la Seine, sauf dans son service où il fonctionne, complet, depuis 1883.

M. Trénel demande un service de veille permanent, qui doit être distingué des rondes de nuit que l'on organise parfois et qui achèvent d'épuiser un personnel déjà surmené. Il demande également que ce service soit fait par un personnel spécial. Il est inadmissible que des gens soient de service vingt-quatre heures par jour. Les services que peut rendre le personnel de veille sont indéniables ; il suffit de citer dans cet ordre d'idées la diminution du nombre des gâteux.

M. Bourneville pense qu'il y a avantage à combiner les rondes par un *sous-employé* ou une *sous-employée* avec les veilles par des *infirmiers veilleurs* ou des *infirmières veilleuses*.

M. Doutrebente fait remarquer qne dans ces conditions, il y aura trois services dictincts : service de jour, service de nuit et service de veille : c'est peut être excessif, à son avis.

M. Bourneville. Nullement : un service de jour tel qu'il existe aujourd'hui et un service de veille (ou de nuit) analogue.

M. Taguet donne lecture de son vœu, d'après lequel il y aura dans chaque quartier un veilleur ou une veilleuse et un surveillant ou une surveillante de ronde. (Ce vœu est adopté.)

M. Trenel demande qu'on précise que le personnel de nuit sera différent du personnel de jour et que ce service de veille sera permanent.

M. Drouineau demande quelle sera la proportion du personnel de veille. — M. Briand fait observer qu'elle ne peut être établie : elle doit varier nécessairement suivant la disposition des locaux.

M. Vallon propose qu'on admette le chiffre de *au moins un* par quartier. — M. Taguet précise à nouveau son vœu en spécifiant que le service de veille sera permanent et complètement distinct du service de jour. (Ce vœu ainsi complété est adopté.)

7° *Suppression de la reposance, qui sera remplacée par une indemnité égale à la moitié du traitement, y compris les avantages en nature.*

M. Bourneville rappelle que la *pension de repos* en nature ou en

argent existe depuis longtemps dans les hôpitaux de Paris, et c'est à l'honneur de cette administration. Elle n'a pas été instituée de suite quand on a enlevé le service des aliénés à l'Assistance publique. Sur sa demande[1], elle a été organisée en 1883 pour tout le personnel secondaire des asiles, après des discussions répétées, certains proposant des *pensions de retraites* au lieu de *pensions de repos*. La difficulté de l'organisation des premières a fait adopter les secondes. Aujourd'hui, dans la Seine, il y a 75 bénéficiaires des pensions de repos en argent. M. Bourneville a réclamé l'organisation de ces pensions pour tous les établissements hospitaliers publics, nationaux, départementaux et municipaux. Lorsqu'elles existeront — et cela répond à une partie de l'argumentation précédente de M. Giraud, tous les asiles et hôpitaux de province trouveront parmi les infirmiers et infirmières diplômés de Paris et de la Seine tout le personnel dont ils ont besoin. Les agents du personnel secondaire de Paris n'abandonneront pas les droits qu'ils ont déjà acquis à une pension de repos pour aller là où il n'y en a pas. Il ajoute que les années de services passés dans n'importe quelle catégories d'établissements *publics* doit compter. En résumé, il appuie, en principe le vœu de M. Taguet.

M. Giraud. — Je partage l'opinion de M. Taguet, que la position de reposant ne peut pas être l'idéal pour un agent ayant de bons et longs services à l'asile. Les Conseils généraux n'admettent pas le personnel secondaire des asiles d'aliénés au bénéfice de la Caisse départementale des retraites du département. Il n'y a donc rien à faire de ce côté. D'autre part, l'indemnité de repos ne me parait pas non plus à l'abri des critiques. C'est d'abord une loi générale qu'il est mauvais d'assurer une situation sans que l'individu y ait contribué au moins pour partie, sinon c'est encourager l'imprévoyance. Puis l'indemnité de repos telle qu'elle est présentée par M. Taguet est allouée sans tenir compte de la durée des services après vingt-cinq ans, et ce n'est pas équitable. Enfin, l'indemnité de repos exige que les services aient toujours lieu dans le même asile, et ne permet pas l'avancement dans un autre établissement, ce qui est encore un inconvénient. Je crois qu'il serait bien préférable d'organiser quelque chose d'analogue à ce qui existe pour les cantonniers du service vicinal de la Seine-Inférieure, qui sont obligatoirement affiliés à une société de secours mutuels, ou encore exiger, comme on le faisait pour les cantonniers des routes nationales quand ils dépendaient du service des Ponts et Chaussées, des versements réguliers à la caisse de la vieillesse. L'asile pourrait contribuer pour partie aux versements,

[1] *Rapport sur la fondation d'une Caisse de prévoyance au profit du personnel secondaire des asiles.* Conseil général de la Seine, 1883, n° 2.

ce qui rendrait possible une retraite convenable sans charges trop lourdes, eu égard au salaire du personnel secondaire, et resterait un encouragement à la prévoyance. Quoique ce soit une question indépendante de la retraite, je dois signaler ce qui a été fait pour le personnel attaché aux aliénés de la Seine-Inférieure et ayant des charges de famille. Toute personne mariée et ayant des enfants reçoit cinquante francs par an et par enfant au-dessous de seize ans, comme supplément de traitement et à titre d'indemnité pour charges de famille.

M. Doutrebente n'a jamais pu obtenir que ses agents soient admis à la caisse départementale des retraites. Il pense que la reposance peut être conservée ; pour lui, il voit des agents du personnel secondaire qui considèrent l'asile comme leur véritable famille et qui demandent à y rester jusqu'à la fin de leurs jours ; à ceux qui ne veulent pas être reposants, il donne une indemnité de 500 francs.

M. Bourneville trouve excellente cette manière de faire. Il demande donc, soit des pensions de repos (à l'asile), soit des indemnités de repos (pour ceux qui veulent vivre hors de l'asile).

M. Taguet ne voit pas d'inconvénient à ce que les reposants restent dans l'établissement, si cela leur fait plaisir.

M. Briand fait observer qu'on doit faire en sorte que l'on puisse en cas de nécessité se débarrasser de vieux employés qui, pour divers motifs, principalement pour ivrognerie, ne font plus l'affaire de leurs chefs. Il propose qu'on organise pour les agents du personnel secondaire des asiles quelque chose d'analogue à ce qui se fait au Touring-Club ; on s'arrangerait, par exemple, de façon que les asiles versassent au livret d'épargne créé pour chaque employé autant que les employés auraient versé eux-mêmes. On aurait ainsi l'avantage d'encourager l'épargne. De plus les livrets pourraient se transmettre d'un asile à l'autre.

M. Drouineau demande qu'on insère dans le vœu un mot réservant la possibilité de la retraite.

Protestations. — Il ne faut pas de retraites départementales.

M. Taguet modifie son vœu. — La reposance, à défaut de retraite, est maintenue ; il sera créé des pensions et des indemnités de repos. — Adopté.

8° *Traitement du personnel.*

M. Taguet propose un traitement minimum de 360 francs pour le personnel des deux sexes.

M. Giraud demande qu'on tienne compte des charges de famille et qu'on accorde aux employés mariés et pères de famille des indemnités en rapport avec le nombre de leurs enfants. — Adopté.

M. Bourneville demande au Congrès d'approuver l'emploi de femmes dans certains services d'hommes. Il ajoute qu'il a toujours vu, depuis 1860, des femmes attachées au service de l'infirmerie des sections d'aliénés de Bicêtre; que dans son service, considéré comme section d'aliénés, le nombre des infirmières l'emporte sur celui des infirmiers ; que dans certains asiles étrangers on a déjà substitué dans plusieurs quartiers des femmes aux hommes.

M. Doutrebente fait remarquer que c'est contraire au règlement des asiles.

M. Bourneville propose donc au Congrès d'émettre le vœu que le règlement soit revisé sur ce point.

M. Lwoff appuie la proposition de M. Bourneville. Il emploie sans inconvénient des femmes dans le service d'hommes qu'il dirige dans la colonie à laquelle il est attaché dans le département du Cher. Les femmes sont particulièrement utiles dans les infirmeries. — Le vœu de M. Bourneville est adopté.

M. le Dr Doutrebente présente une pétition signée par 152 commis et employés de 39 asiles d'aliénés qui sollicitent un avis favorable de leurs supérieurs hiérarchiques présents au Congrès de Limoges. Dans cette pétition, ces modestes employés, qui travaillent sans avenir et sans possibilité d'améliorer leur situation, réclament qu'à l'avenir les emplois d'économe et de receveur qui deviendraient vacants leur soient attribués au lieu d'être donnés, comme cela arrive le plus souvent, à des personnes étrangères au personnel administratif de ces établissements. Le Dr Doutrebente estime que les directeurs-médecins ne doivent pas rester indifférents au choix de ces fonctionnaires et que, d'ailleurs, ainsi qu'il résulte d'une décision du ministre de l'intérieur, en date du 5 décembre 1843, ils ont un droit de présentation au Préfet, concurremment avec la commission de surveillance. A. Fenayrou.

Nous croyons utile de reproduire le texte des vœux adoptés au cours de la discussion :

1° Le Congrès émet le vœu qu'il soit créé des écoles pour les infirmiers et infirmières dans les villes où siègent les Facultés ou les Écoles préparatoires de médecine ; Que ces écoles aient un programme minimum uniforme; Que la délivrance du certificat d'aptitude ou du diplôme soit faite dans des conditions uniformes; Que les examens aient lieu devant un jury partout composé des éléments indiqués par le Conseil supérieur de l'assistance publique;

2° Le Congrès émet le vœu que les infirmiers et infirmières ne puissent être nommés aux emplois supérieurs tels que sous-surveillants ou surveillants des services médicaux et des services

généraux qu'à la condition d'être munis du diplôme d'infirmiers. Exception sera faite pour les cuisiniers ;

3° Le Congrès émet le vœu que le personnel des infirmiers et infirmières soit logé en dehors des quartiers, le service de veille étant assuré ;

5° Le Congrès émet le vœu qu'il y ait un infirmier pour dix malades non compris le sous-surveillant ;

5° Dans tous les asiles on organisera un service permanent de veille par un personnel complètement distinct de celui de jour. Le traitement minimum sera de 30 francs par mois pour les sous-employés des deux sexes ;

6° Les reposants sont maintenus mais ils seront libres de faire convertir cette situation en une indemnité de repos qui sera de moitié du traitement y compris les avantages en nature ;

7° Le Congrès émet le vœu qu'il y a lieu de reviser le règlement du service intérieur notamment en ce qui concerne l'emploi des femmes dans le service des hommes.

Le 4 août, à 9 heures du soir, la ville de Limoges a offert aux membres du Congrès un vin d'honneur dans la belle salle des fêtes de l'hôtel de ville. Le maire de Limoges, M. Labussière, entouré de ses adjoints et de quelques conseillers municipaux, recevait les invités à leur arrivée. M. le général en chef de Brye, avec son officier d'ordonnance, de nombreux fonctionnaires, assistaient également à ce vin d'honneur.

M. Labussière a pris la parole pour féliciter les membres du Congrès et remercier les dames qui avaient bien voulu rehausser par leur présence l'éclat de cette réception. M. le docteur Ballet a, dans une heureuse improvisation, répondu au maire de Limoges. La musique du 63e, sous la direction de M. Lacoste a, pendant toute la soirée, joué les plus beaux morceaux de son répertoire.

Entre temps M. Cholet, cédant aux instances des dames invitées, a dû dire quelques-unes de ses fines patoiseries.

Séance du 6 août. — Visite de l'asile de Naugeat.

M. le docteur Doursout, médecin-directeur, et M. le docteur Fenayrou, adjoint, ont fait visiter aux membres du Congrès les différents quartiers de l'asile de Naugeat ainsi que ses annexes : Bel-Air, Belle-Vue et le Cluzeau. Les visiteurs se sont montrés vivement intéressés. A cette occasion, M. Pineau, photographe, les a *pris* en groupe. A midi, un déjeuner a été offert dans les dépendances de l'annexe du Cluzeau. Une immense table avait, à cet effet, été dressée sous la magnifique charmille qui domine la ligne

du chemin de fer, la nouvelle route d'Aixe, la Vienne et ses rives souriantes. A gauche, apparaissait Limoges, dont les principaux monuments se détachaient nettement à l'horizon et offraient aux convives un panorama merveilleux.

M. le docteur Gilbert Ballet présidait, ayant à ses côtés M. Edgar Monteil, préfet de la Haute-Vienne, et M. Drouineau, représentant le Ministre de l'intérieur. Divers membres de la commission de surveillance de l'asile et du Conseil général de la Haute-Vienne, assistaient au banquet.

A 4 heures moins un quart, les invités prenaient place dans les voitures, retenues à leur intention, et se dirigeaient vers l'importante fabrique de porcelaines de MM. W. Guérin et Cie, qu'ils ont visitée par groupes séparés et en détail. MM. Guérin, avec une amabilité dont on ne saurait trop les louer, ont fourni aux visiteurs tous les renseignements de nature à les intéresser sur la fabrication de la porcelaine limousine. La visite n'a pris fin qu'à six heures par les ateliers de peinture et le cabinet d'échantillons. Les congressistes se sont alors retirés enchantés d'avoir pu admirer les beautés de l'industrie limousine, dont plusieurs ont tenu à emporter des spécimens.

Le 7 août, excursion à Uzerche et clôture officielle du Congrès.

B.

Notes additionnelles.

1° La situation de *reposant* à Bicêtre, de *reposante* à la Salpêtrière, n'a jamais été considérée comme pénible et dégradante.

2° Il va de soi que le *diplôme* ne pourra être exigé des personnes qui se présentent comme infirmiers ou infirmières que lorsque des Écoles professionnelles auront été créées en nombre suffisant.

3° Aux derniers examens qui ont eu lieu cette année en Angleterre, il y avait 521 candidats venant de 56 asiles de la Grande-Bretagne. 410 ont obtenu leur certificat ou diplôme, 11 se sont retirés, les autres ont échoué.

4° Le *travail* dans les asiles doit être considéré comme un *moyen efficace de traitement*, le résultat financier, bien qu'intéressant, est secondaire. Les chefs d'atelier, s'ils étaient de véritables auxiliaires du médecin, ce que nous essayons de réaliser, contribueraient à la guérison des malades. Un tel résultat ne peut être atteint que s'ils savent comment ils doivent se comporter envers les aliénés. D'où la nécessité de suivre les cours, d'assister pendant quelques mois à la

visite du médecin qui leur donnera des conseils en vue de leur rôle de chefs d'atelier. Cette opinion, émise il y a plus de vingt ans par nous, s'appuie sur des faits très nombreux. Actuellement un maître brossier et un maître jardinier suivent les cours de l'école de Bicêtre.

BOURNEVILLE.

ASILES D'ALIÉNÉS.

I. Le 25e anniversaire de l'ouverture de l'asile d'aliénés d'Alt-Scherbitz; par v. BUCHKA. (*Psych. Wochenschr.*, 6 juillet 1901.)

Le 28 juin 1901, l'établissement d'aliénés d'Alt-Scherbitz a fêté le 25e anniversaire de sa fondation. Les jubilés de ce genre sont en général des fêtes d'un caractère intime, mais dans l'espèce il s'agissait d'un anniversaire mémorable, puisqu'on célébrait par là même la création du système des asiles-colonies et le début d'une ère nouvelle dans l'histoire de l'assistance des aliénés.

La caractéristique du nouveau système est l'union intime d'un petit établissement central, installé avec tous les perfectionnements modernes, et d'une colonie libre. Il existait, bien avant Alt-Scherbitz, des colonies d'aliénés où les malades, employés aux travaux des champs, jouissaient de plus de liberté, avec un prix de revient moins élevé. Mais ces colonies étaient ou trop éloignées de l'asile, ou exclusivement réservées aux incurables : elles manquaient aussi des installations nécessaires pour les malades ayant besoin d'une surveillance médicale plus ou moins longue. Le développement de ces colonies avait été ainsi entravé et le nombre des malades qu'elles comprenaient était resté assez restreint. C'est à feu le professeur Koeppe que revient le mérite d'avoir, par la fondation de l'asile-colonie d'Alt-Scherbitz, associé d'une façon étroite à un asile admirablement aménagé une colonie pour le traitement libre [1]. L'*open-door* fut appliqué dans tous les pavillons formant la colonie, pour éviter aux malades travailleurs l'impression pénible de rentrer, une fois leur travail terminé, dans une prison munie de murs et de grilles : on mit en vigueur ce principe de donner à chaque malade le plus de liberté possible. Au début on crut nécessaire de conserver pour l'établissement central des murs et des grilles; mais on finit par reconnaître que mieux valait se passer de

[1] Rappelons que Ferrus a fait créer la ferme Sainte-Anne comme annexe de l'asile de Bicêtre. (B.).

ces aménagements. Dans la distribution des locaux de chaque pavillon, le système du corridor (chambres donnant toutes sur un large corridor) fut également mis de côté. On remplaça toutes les dispositions spéciales des anciens asiles par une surveillance permanente des malades. Le système du corridor, défectueux à ce dernier point de vue, fut remplacé par une disposition spéciale des locaux, permettant une surveillance constante, grâce à la répartition des chambres autour d'une salle de réunion commune.

Le *traitement par le lit* ne tarda pas à être introduit à Alt-Scherbitz. Le Dr Paetz utilisa d'abord dans ce but une infirmerie destinée aux malades atteints d'affections intercurrentes. Mais la promiscuité des sujets séjournant au lit, les uns pour des maladies incidentes, les autres pour la cure des psychoses, ayant présenté des inconvénients, M. Paetz installa un pavillon de surveillance spécialement réservé à ces derniers. Il y avait bien, à cette époque, dans certains établissements des salles de surveillance analogues à celles qu'avait depuis longtemps préconisées Parchappe, des sections cliniques, mais c'est à Alt-Scherbitz qu'on vit pour la première fois un pavillon indépendant spécialement créé et aménagé pour la surveillance des aigus.

En résumé, union d'une grande *colonie* agricole avec un *hôpital* d'aliénés muni de tous les aménagements les plus perfectionnés; application de l'*open-door* dans la plus grande partie de l'établissement, suppression complète des murs et des grilles et aussi du système du corridor, création de pavillons de surveillance indépendants, tels sont les caractères originaux d'Alt-Scherbitz qui font aujourd'hui de cet établissement que viennent visiter les aliénistes du monde entier, un modèle non seulement au point de vue de son plan et de son aménagement, mais sous le rapport du traitement général des malades. Ajoutons que pour la réalisation de ses projets le Dr Paetz a trouvé le concours le plus absolu dans les autorités provinciales. P. S.

II. Société de patronage des aliénés du canton de Zurich.

A Zurich, la Société d'assistance aux aliénés, dans son dix-huitième rapport annuel (1894) fournit les renseignements suivants : La Société se propose comme objectifs :

1° De venir en aide aux aliénés sortis guéris ou améliorés des asiles du canton en leur procurant du travail, en leur donnant des secours (argent, aliments, vêtements), des soins médicaux gratuits — et de faciliter l'internement des sujets atteints de maladies mentales en temps opportun, dès le début de l'affection;

2° De faciliter aux personnes peu fortunées, mais non reconnues indigentes, le paiement des frais de séjour;

3° De répandre des idées justes sur la nature des maladies

mentales et sur les mesures qu'elles exigent; de détruire les préjugés par des écrits populaires, des conférences;

4° De développer l'assistance des aliénés dans son acception la plus large, de combattre l'alcoolisme.

Les membres de la Société payent une cotisation annuelle de 2 francs au minimum ; un comité de sept membres nommé par l'assemblée générale, et renouvelé tous les trois ans, est chargé des affaires de la Société.

Des correspondants sont chargés, dans les différents centres, de la propagande et de tout ce qui concerne les mesures à prendre pour l'assistance des aliénés.

Au 15 mars 1894, le nombre des membres était de 568.

Chaque secours en argent ne dépasse pas habituellement 20 francs ; certains malades dignes d'intérêt ont obtenu 40, 50, 100 francs en plusieurs fois. En 1894, 170 aliénés sortis ont été secourus : 138 ont reçu jusqu'à 25 francs et 32 de 25 à 100 francs.

A 9 épileptiques, on a distribué gratuitement pour 104 francs de bromure.

La Société a versé 968 fr. 50 pour 10 aliénés internés à Burgholzli. Les recettes s'élèvent à 47.444 francs. Les dépenses s'élèvent à 5.950 francs. P. S.

III. Le pavillon d'aliénés criminels de Düren. (*Psychiat. Wochenschr.*, 2 février 1901.)

La Province Rhénane, sans se laisser arrêter par les divergences d'opinion ayant trait aux mesures spéciales que nécessitent les aliénés criminels, a pris la détermination de mettre à exécution le projet qui lui semblait le plus pratique.

L'internement dans les services d'aliénés ordinaires des détenus devenus aliénés et des aliénés ayant commis des actes réputés crimes, a donné lieu à des plaintes très vives de la part des parents, des familles et des médecins. Dans ces derniers temps ces réclamations sont devenues très pressantes : plus on cherchait à donner aux asiles une organisation en rapport avec les conceptions nouvelles, en accordant aux malades le plus de liberté possible, plus l'opinion publique déplorait la promiscuité de malades avec des meurtriers, des voleurs : on considérait comme incompatibles le rôle qu'avait à remplir un *hôpital de traitement* et les exigences d'un établissement pénitentiaire.

Eliminer des asiles rhénans les aliénés criminels, qui sont des éléments de trouble et de désordre, et les rassembler dans un quartier spécial annexé à l'asile provincial de Düren, tel fut le vœu de tous les cercles s'intéressant à la question. Au printemps de l'année 1897, le Conseil provincial adoptait à l'unanimité le projet qui donnait satisfaction à ce vœu.

Les propositions suivantes furent votées dans le but de délimiter la tâche qu'on poursuivait :

1° Il ne pouvait être question de s'occuper des aliénés criminels (*détenus en cours de peine*) dont l'Etat a le devoir d'assurer le traitement. L'établissement provincial ne pouvait être tenu d'hospitaliser les aliénés criminels qu'en tant que ceux-ci ne pouvaient plus être considérés comme en cours de peine : pendant la durée de la peine c'est en effet à l'Etat qu'incombe le soin de traiter et de surveiller les détenus devenus aliénés. Le service provincial de l'assistance des aliénés n'a pas à s'en occuper. Sous le rapport strictement légal, il en est de même des *inculpés* en observation au point de vue de l'état mental, malgré qu'en pratique il soit passé outre parfois à ces considérations ;

2° Restent à considérer les catégories suivantes pour lesquelles un quartier spécial est nécessaire :

a) Les criminels aliénés qui sont mis en liberté ou qui ont purgé leur peine.

b) Les aliénés ayant commis des actes criminels, auxquels il faut joindre les aliénés qui ont manifesté des tendances homicides.

Pour les deux dernières catégories, le placement dans l'asile de sûreté peut n'être ordonné que si la chose est rendue nécessaire par les particularités de chaque cas ;

3° D'après une enquête faite dans les asiles rhénans, il résulte (ce que des statistiques antérieures avaient dejà montré) que le nombre des femmes rentrant dans les catégories ci-dessus énoncées est très peu élevé. Au contraire, pour les hommes, il fallait prévoir le chiffre de 48 places ;

4° Par dérogation au règlement des asiles rhénans qui laisse au directeur-médecin de l'asile le droit de se prononcer sur l'admission des entrants, il fut décidé que l'admission des malades dans le pavillon de sûreté serait exclusivement attribué au gouverneur, afin d'assurer, pour chaque cas individuellement, une enquête complète ;

5° Le prix de journée des malades traités dans le pavillon de sûreté devait être plus élevé que le prix de journée des aliénés ordinaires, en raison des frais spéciaux d'entretien et d'installation : 2,50 M. au lieu de 1,35 M.

Le pavillon de sûreté est, comme il a été dit plus haut, annexé à un *asile d'aliénés* et non à un établissement pénitentiaire. Il est placé sous l'autorité du médecin-directeur de l'asile, comme tous les autres quartiers de l'établissement. On a prévu un assistant, spécialement chargé du pavillon, et un surveillant en chef.

Le nom de « Bewahrunghaus » (pavillon de *surveillance* ou de *sûreté*) fut choisi en raison des termes de la loi prussienne du 11 juillet 1891, suivant laquelle les Provinces ont l'obligation d'as-

surer l'*assistance*, le *traitement* et la *surveillance* (*Bewahrung*) des aliénés.

L'établissement a été ouvert en 1900 : il ne comptait au début de l'année 1901 que 15 malades venus des autres asiles provinciaux, On voulait d'abord tenter un essai avec un nombre restreint de sujets et aussi faire l'éducation du personnel de surveillance. Pour stimuler le zèle de ses agents le directeur a obtenu un crédit lei permettant de leur allouer des indemnités spéciales.

Le plan du pavillon a été élaboré à l'aide des données fournies par les personnalités les plus compétentes d'Allemagne. Le but principal qu'on a cherché à atteindre a été de répartir les malades de façon à permettre d'en isoler le plus grand nombre.

Le pavillon est élevé d'un étage sur rez-de-chaussée. Il comprend deux sections de vingt-quatre malades chacune, complètement indépendantes l'une de l'autre, et situées, l'une au rez-de-chaussée, l'autre au premier étage. Chaque section possède quatre à cinq infirmiers (soit la proportion de un infirmier pour quatre ou cinq malades), et, pour la nuit, deux veilleurs.

L'entrée du pavillon est placée entre une chambre d'infirmiers et l'office. Pour pénétrer dans le pavillon, il faut franchir d'abord une grille, puis traverser la chambre des infirmiers. Les veilleurs de chaque étage peuvent faire facilement leur ronde de nuit, les portes qui font communiquer les salles de jour avec le réfectoire central restant ouvertes. Grâce à cette disposition on a pu éviter d'avoir recours à un corridor central, ce qui aurait rendu la surveillance plus difficile. Les quatre dortoirs de six lits chacun que possède chaque étage sont situés sur la façade, symétriquement. Les trois salles de jour sont placées au centre du pavillon ; elles ont vue sur la façade postérieure. Dans les ailes du pavillon se trouvent, de chaque côté, deux chambres d'isolement et deux chambres particulières ; on a ainsi pour les deux étages $4 \times 2 \times 2$, soit 16 chambres à un lit pour un total de 48 malades. Le corridor sur lequel ouvrent ces chambres est séparé du reste du pavillon par une grille.

Toutes les portes et fenêtres ont été construites d'une façon particulièrement solide. Les fenêtres possèdent des barreaux.

Chaque section (c'est-à-dire chaque étage) possède un jardin qui lui est spécialement affecté, avec une entrée particulière. Le mur qui entoure le jardin a quatre mètres de hauteur ; on a pris soin d'éviter, aux points où il se raccorde avec le pavillon, tout ce qui aurait pu faciliter les évasions.

Il n'y a ni grenier ni caves. Le toit est fait de bois et ciment. Chauffage central, avec installation des appareils dans un sous-sol ayant une entrée particulière. Les plafonds et les escaliers sont de construction massive, dans le double but d'éviter les dangers d'un incendie et d'empêcher les évasions.

Le pavillon de sûreté est situé à cent mètres environ du quartier des agités de la division des hommes de l'asile. Il en est séparé par des plantations.

Les frais, en raison de la solidité qu'il a fallu donner à l'ensemble des constructions et aux améliorations qui ont été ultérieurement nécessaires, se sont élevés à 237 000 francs.

Ce pavillon spécial est, à coup sûr, pour la direction de l'asile, une source de préoccupations sérieuses. Dès les premiers mois nombre de difficultés se produisirent : plusieurs évasions eurent lieu, par suite de certaines défectuosités dans l'installation des grilles, des fenêtres, etc. Certains malades essayèrent de terroriser le personnel par leurs menaces et leurs violences. Comme il fallait l'attendre dans un essai de ce genre, il y a encore beaucoup à apprendre et bien des améliorations à introduire.

Paul SÉRIEUX.

IV. Les sorties précoces chez les aliénés: par le docteur ZONOLI, (*Riv. sp. di fren.*, 1899, fasc. 3-4.)

L'auteur insiste sur l'utilité à différents points de vue (individuel, moral, social, économique), des sorties précoces des aliénés. Bien des aliénés tranquilles peuvent être assistés en dehors de l'asile, dans la famille, et pour bien d'autres une sortie précoce accélère la guérison ou détermine une amélioration alors que le séjour à l'asile n'eût pu que prolonger l'état morbide ou favoriser le passage à l'incurabilité et à la démence. Cette mesure est applicable à toutes les variétés nosologiques, mais notamment aux formes maniaques légères, aux périodes de dépression de la folie circulaire, à certaines formes de folies sensorielles et surtout à la confusion mentale pour laquelle l'internement, ainsi que nous l'avons souvent écrit nous-même, ne doit se faire qu'à toute extrémité et doit cesser le plus vite possible. J. SÉGLAS.

V. Ecoles pour enfants anormaux en Suède; par DANIEL. (*Policlin.*, octobre 1901.)

Aperçu général. Ecoles pour sourds, aveugles, idiots.

Pour les idiots, 34 internats divisés en écoles pour enfants éducables, ouvroirs pour ceux sortis des écoles; asiles pour idiots non éducables. Il y avait en 1899, 813 élèves. La plupart de ces établissements sont dirigés par des femmes. M. H.

VI. Législation comparée des aliénés; par A.-Wood REUTON. (*The Journal of Mental Science*, janvier 1900.)

Selon notre coutume, nous nous bornons à indiquer ce travail

de comparaison, qui, pour être compris du lecteur français, demanderait la connaissance des législations diverses et compliquées qui régissent les aliénés dans le Royaume-Uni.

R. DE MUSGRAVE-CLAY.

VII. Règlement du concours de l'internat en médecine des asiles publics d'aliénés de la Seine.

Par suite des modifications qui ont été introduites dans l'organisation de ce concours, nous croyons utile de reproduire en entier l'arrêté préfectoral en date du 15 novembre 1900.

Vu le projet de réglementation du concours de l'internat en médecine des asiles publics d'aliénés de la Seine, adopté par la Commission de surveillance desdits asiles dans ses séances des 8 novembre et 13 décembre 1898, 10 janvier et 7 février 1899, et portant modification de l'arrêté réglementaire du 8 mars 1880 ; — Vu le rapport du Directeur des Affaires départementales; — Sur la proposition du Directeur du Personnel; — Le Secrétaire général de la Préfecture entendu; arrête :

ARTICLE PREMIER. — Il sera ouvert, chaque année, à Paris, au mois de décembre, un concours public pour la nomination aux emplois d'interne en médecine dans les asiles publics d'aliénés de la Seine. Les concours seront annoncés un mois à l'avance par des affiches apposées dans Paris, notamment aux abords de l'École de médecine et dans les hôpitaux et hospices.

ART. 2. — Pourront prendre part aux concours les docteurs en médecine munis du diplôme délivré par les Facultés de l'État et les étudiants en médecine possédant seize inscriptions de doctorat.

ART. 3. — Les candidats, pour être inscrits au concours, devront jouir de leurs droits civils et politiques et n'avoir pas atteint l'âge de trente ans révolus au 1er décembre de l'année où aura lieu le concours. Ils devront produire les pièces suivantes à la Préfecture de la Seine, service des aliénés : 1° expédition d'acte de naissance; 2° extrait de casier judiciaire; 3° certificat de revaccination[1] ; certificat constatant seize incriptions ou le grade de docteur en médecine, et, en outre, pour les étudiants en médecine, constatant qu'ils n'on pas subi de peines disciplinaires graves ; 5° un certificat de bonne vie et mœurs, délivré par le maire de la commune ou le commissaire de police du quartier; 6° un certificat de l'Assistance

[1] Nous avons enfin obtenu gain de cause sur ce point, comme nous l'avons déjà obtenu, non sans peine pour le concours de l'internat des hôpitaux; il ne devrait pas y avoir de décès par la variole dans les hôpitaux. Le ministre de l'instruction publique s'est, lui aussi, décidé à prescrire la revaccination de tous les étudiants en médecine; cette mesure devrait être appliquée à tous les étudiants à l'entrée de toutes les Facultés.

publique indiquant les services hospitaliers du candidat et témoignant qu'il n'a pas subi de peines disciplinaires graves; la liste des candidats sera close quinze jours avant la date de l'ouverture du concours.

Art. 4. — Le jury sera composé, par voie de tirage au sort, de sept membres, savoir : Quatre médecins en chef désignés parmi les médecins titulaires ou honoraires des asiles publics d'aliénés de la Seine et de l'infirmerie spéciale du Dépôt près la Préfecture de police; un médecin en chef des quartiers d'hospice de Bicêtre et de la Salpêtrière; un médecin des hôpitaux; un chirurgien des asiles de la Seine, ou, à son défaut, un chirurgien des hôpitaux. — Le jury devra, pour délibérer, être composé de cinq membres au moins. La voix du Président est prépondérante.

Art. 5. — Dès que la liste des candidats sera close, les membres du jury seront tirés au sort par le délégué du Préfet de la Seine, assisté de deux membres de la Commission de surveillance des asiles publics d'aliénés du département.

Art. 6. — Les fonctions de membre du jury sont obligatoires; nul ne peut en être relevé que pour une cause grave, et tout membre qui abandonnerait ses fonctions ou qui refuserait de faire partie du jury serait considéré comme renonçant désormais à siéger dans les concours.

Art. 7. — Tout degré de parenté ou d'alliance, jusques et y compris le sixième degré entre un concurrent et l'un des membres du jury ou entre les membres du jury, donne lieu à récusation d'office de la part de l'Administration.

Art. 8. — Les épreuves du concours sont les suivantes : 1° une composition écrite de trois heures sur un sujet de pathologie interne et de pathologie externe (médecine et chirurgie). Il sera accordé trente points pour cette épreuve. Elle pourra être éliminatoire si le nombre des candidats dépasse le triple des places vacantes; 2° une épreuve orale de quinze minutes sur un sujet d'anatomie et de physiologie du système nerveux, après quinze minutes de préparation. Il sera accordé vingt points pour cette épreuve; 3° une épreuve orale de dix minutes sur une question de garde. Il sera accordé quinze points pour cette épreuve.

Art. 9. — Le sujet de la composition écrite est le même pour tous les candidats. Il est tiré au sort entre trois questions qui sont rédigées et arrêtées par le jury immédiatement avant l'ouverture de la séance. Pour les épreuves orales, la question sortie est la même pour ceux des candidats qui sont appelées dans la même séance. Elle est tirée au sort comme il est dit ci-dessus. L'épreuve orale peut être faite en plusieurs jours si le nombre des candidats ne permet pas de la faire subir à tous dans la même séance; dans ce cas, les questions sont rédigées par le jury chaque jour d'épreues, au nombre de trois, immédiatement avant d'entrer en séance. Les

candidats qui doivent subir les épreuves orales sont tirés au sort à l'ouverture de chaque séance.

Art. 10. — Les candidats sont surveillés pendant la composition écrite par un des membres du jury. — Les compositions sont recueillies et mises sous cachet par le membre délégué du jury : elles sont lues publiquement par leurs auteurs sous la surveillance de l'un des concurrents. Tout concurrent qui s'est servi pour sa composition de livres ou de notes apportés à la séance, ou qui en lisant sa composition, en a changé le texte primitif. est exclu du concours. Les épreuves orales sont publiques. Seront seuls admis dans les locaux consacrés aux épreuves écrites les candidats admis au concours.

Art. 11. — A la fin de chaque séance, il sera donné publiquement connaissance aux candidats du nombre de points qui leur sont attribués.

Art. 12. — Le jugement définitif porte sur l'ensemble des épreuves.

Art. 13. — Il pourra être nommé des internes provisoires en nombre égal au nombre des internes titulaires.

Art. 14. — Les internes nommés dans l'ordre de classement établi par le jury d'examen entreront en fonctions le 1er février de l'année suivante.

Art. 15. — La durée des fonctions des internes titulaires est de trois ans ; celle des fonctions d'interne provisoire, d'une année. Les fonctions d'interne dans les asiles sont incompatibles avec les fonctions d'interne ou externe dans les hôpitaux, hospices ou autres établissements.

Art. 16. — Les internes provisoires peuvent se présenter au concours pour les places d'internes titulaires, sous réserve des conditions exprimées dans l'article 3.

Art. 17. — La répartition des internes dans les divers services d'aliénés se fait le 1er février de chaque année. Les internes de première année choisissent leurs places d'après l'ordre de classement. Pour les années suivantes, le choix se fait suivant l'ordre d'ancienneté.

Art. 18. — A l'expiration de leurs fonctions, les internes qui auront soutenu leurs thèses pourront être autorisés à faire une quatrième année d'internat et ceux qui auront passé avec succès le concours de l'adjuvat pourront être maintenus en fonctions une cinquième année. Ces prorogations seront autorisées par décisions préfectorales sur demandes motivées du chef de service.

Art. 19. — Un interne ne pourra rester plus de deux ans dans le même service ; toutefois, cette règle ne sera pas appliquée aux internes prorogés.

Art. 20. — Les traitements alloués aux internes sont fixés de la manière suivante :

	Traitement
1re année	800 francs
2e —	1.000 —
3e —	1.200 —

Les internes qui, exceptionnellement, ne seraient ni logés, ni nourris dans l'établissement, recevront les indemnités représentatives de logement et de nourriture suivantes :

	Indemnité représentative de logement	Indemnité représentative de nourriture
1re année	600 francs	900 francs
2e —	600 —	900 —
3e —	600 —	900 —

Les internes reçoivent, en outre, une indemnité de déplacement de 300 francs pour Villejuif et de 400 francs pour les asiles de Vaucluse, Ville-Évrard et Maison-Blanche. Les internes appelés à rester en fonctions après leurs trois années d'internat, par application de l'article 18, reçoivent un traitement de 1.400 francs pendant la quatrième année et de 1.600 pendant la cinquième. Ils continuent, comme pendant les trois premières années, à jouir des avantages en nature ou des indemnités représentatives ci-dessus suivant la situation de l'établissement auquel ils sont attachés.

Art. 21. — L'arrêté du 20 mars 1857 et le règlement sur le service de santé de l'Assistance publique sont applicables aux internes dans celles de leurs dispositions qui ne sont pas réglementées par le présent arrêté. Toutes les questions soulevées au cours des opérations du concours et qui ne pourraient être résolues par l'application pure et simple des règlements précités feront l'objet d'un vote du jury qui statuera à la majorité des voix. En cas de partage, la voix du Président sera prépondérante.

Art. 22. — Le Secrétaire général de la Préfecture, le Directeur des Affaires départementales et le Directeur du Personnel sont chargés d'assurer, chacun en ce qui le concerne, l'exécution du présent arrêté.

Le prochain concours s'ouvrira le 2 *décembre* prochain, à midi précis, à la Préfecture de la Seine.

Les candidats qui désirent prendre part à ce Concours devront se faire inscrire à la Préfecture de la Seine, service des aliénés, annexe de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de dix heures à midi et de deux heures à cinq heures, du lundi 4 au samedi 16 novembre 1901 inclusivement.

Ce concours a lieu également pour les *internes* de l'infirmerie

spéciale des *aliénés* à la Préfecture de Police. Ces internes recevront une indemnité de 1.000 fr. Ils auront droit en outre au logement, au chauffage, à l'éclairage et à l'indemnité de nourriture, dans les proportions fixées par la Préfecture de police. L'emplacement des salles où auront lieu les diverses épreuves du concours sera indiqué ultérieurement.

VIII. **Les hôpitaux d'aliénés urbains**, d'après les communications de MM. Sioli et Dannemann, au *Congrès des médecins aliénistes de Francfort*, 1900.

Les grands avantages que retirent les villes universitaires de leurs cliniques psychiatriques, non seulement au point de vue de l'enseignement, mais encore sous le rapport de l'hospitalisation rapide, immédiate, des sujets atteints de maladies mentales, ces avantages ont rappelé l'attention sur l'utilité pour les grandes villes d'avoir, dans leur enceinte même, des hôpitaux pour le traitement des aliénés aigus.

La question des *petits asiles urbains*, ou mieux des *hôpitaux* urbains pour le traitement des aliénés, a fait l'objet, en Allemagne, de nombreux travaux (Fürstner, Kraepelin, Sommer, Lührmann, Sioli, Dannemann). On ne s'est pas contenté de l'étudier dans les Sociétés savantes, mais un certain nombre d'établissements ont été créés dans quelques grandes villes.

Nous croyons devoir en dire un mot, la question étant pour ainsi dire inconnue en France.

M. le Dr Sioli, médecin en chef de l'asile d'aliénés urbain de Francfort a fait, sur le point qui nous intéresse, une communication au Congrès de Francfort, 1900 (*Allg. Zeitsch. f. Psychiatrie*, 1900, p. 600).

1° Les grandes villes, dit M. Sioli, ont d'autant plus besoin d'une hospitalisation *immédiate* des aliénés que leur population est plus dense et plus élevée. La proportion des cas aigus exigeant une admission d'urgence, est en effet quatre fois plus considérable que dans les pays ruraux.

Dans les asiles provinciaux, et plus particulièrement dans les asiles desservant les districts ruraux, le nombre proportionnel des admissions, est, par an, de 3 par 10.000 habitants. Dans le Wurtemberg on a relevé 640 admissions pour 2 millions d'habitants (1897). Dans la Province Rhénane le nombre des admissions s'est élevé à 1677 (en 1898) pour 5 millions d'habitants. Il en est de même dans les districts ruraux. Il faut remarquer que le district dans lequel est situé un asile provincial fournit proportionnellement plus d'entrées dans l'asile que les districts limitrophes. Si on prend la proportion des entrées fournies par le district dans lequel est situé l'asile — proportion qui doit être la proportion

maxima — on obtient également le rapport de 3 p. 10.000. Dans les grandes agglomérations urbaines, au contraire (Berlin, Breslau, Francfort) le rapport s'élève à 15 et 20 p. 10.000. Il en est de même dans les villes qui, comme Nuremberg, ont un service d'admission provisoire. Cette dernière ville (160.000 habitants) a reçu, en 1897, dans son quartier d'admission, 221 malades dont 44 ont été transférés à l'asile.

Dans les villes de 200 à 300.000 habitants il faut compter sur 500 à 600 admissions (Berlin, Breslau, Francfort). Les villes n'atteignant même pas 100.000 habitants auront chaque année de 100 à 200 entrées.

D'ailleurs il faut tenir compte non seulement du chiffre de la population, mais de sa densité, des conditions sociales; ces derniers facteurs augmentant la proportion des cas aigus nécessitant une hospitalisation immédiate.

2° Cette catégorie de cas aigus — dont la proportion, est beaucoup moins élevée dans les pays ruraux — se compose : pour 1/4 d'alcooliques ; pour 1/4 de maladies mentales organiques (paralysie générale, démence sénile) ; pour 1/8 d'épileptiques et d'hystériques ; pour 1/8 d'imbéciles et de dégénérés.

Les malades de ces différentes catégories sont relativement peu nombreux dans les asiles ruraux, tandis que dans les villes ils fournissent les 2/3 des admissions. Le dernier quart des entrées est fourni par les psychoses dites simples (psychoses d'épuisement, hébéphrénie, catatonie) qui se développent le plus souvent sur un terrain dégénéré ou épuisé.

3° Dans les grandes villes, qui ne possèdent pas d'hôpitaux urbains d'aliénés, la plus grande partie de ces malades qui ont besoin de soins immédiats, ne peuvent être hospitalisés d'une façon satisfaisante : ils sont en partie internés provisoirement dans les dépôts de police, les hospices, les cellules d'observation des hôpitaux, etc.

4° Quand l'assistance dans un milieu approprié peut être immédiatement réalisée, on constate que la moitié des malades admis peuvent être mis en liberté après 6 à 8 semaines de traitement : après 4 à 5 mois les 2/3 des malades admis sont mis en liberté ; seul, le tiers restant doit être transféré à l'asile.

5° C'est un préjugé que de croire à une influence fâcheuse provoquée par le transfèrement des malades curables à l'asile.

6° L'hôpital urbain ne doit pas être situé à une heure de chemin de fer, pas même à une heure de voiture de la ville. Il ne doit pas être plus éloigné que les autres hôpitaux, le transport des sujets agités, sans connaissance, ou délirants, des malades ayant fait une tentative de suicide, étant chose aussi difficile et aussi urgente que celui des autres malades, les blessés par exemple.

Le chemin de fer, les tramways électriques ne se prêtent pas au

transfèrement de ces sujets, non plus que le fiacre, ce qu'il faut c'est une voiture d'ambulance comme le font à Francfort les voitures de la Société des Samaritains.

7° On peut obtenir, même dans les petits hôpitaux de 40 à 50 lits, un classement suffisant des malades, dans les catégories suivantes : *a*) Tranquilles (mélancoliques, etc.). — *b*) Paralytiques (séniles, etc.). — *c*) Agités.

Cette dernière section peut être petite et réservée aux sujets très agités ; on peut ainsi conserver pour l'hôpital la division en pavillons et adopter le « traitement libre », en traitant en malades les sujets qui ont conscience plus ou moins de leur état maladif.

8° Pour les villes dont la population atteint ou dépasse légèrement 100.000 habitants un quartier spécial, composé de deux pavillons pour un total de 40 malades environ peut être annexé à l'hôpital. Ce quartier suffit pour un chiffre annuel d'admissions de 200. Le séjour des malades ne doit pas dépasser 3 ou 4 mois. Si un traitement plus prolongé est nécessaire, les malades doivent être transférés à l'asile provincial. Le transfèrement peut avoir lieu plus tôt s'il s'agit de cas chroniques. Pour des villes plus considérables, M. Sioli considère comme suffisants 4 pavillons avec un total de 60 à 80 lits.

M. le Dr Dannemann a étudié en même temps que M. Sioli la question de l'*installation d'un hôpital psychiatrique urbain*.

L'auteur est convaincu que l'hôpital urbain peut ne pas exiger des dépenses plus considérables que les grands asiles provinciaux. D'ailleurs si l'organisation d'un établissement de ce genre nécessite une dépense assez considérable de la part d'une municipalité, elle a pour résultat très appréciable de permettre de donner aux malades, dans un délai très court, les soins psychiatriques dont ils ont un besoin urgent et qu'ils risqueraient, faute decette organisation spéciale, d'attendre plus ou moins longtemps. Il s'agit en somme d'apporter dans la façon dont actuellement fonctionne l'assistance des aliénés une amélioration qui s'impose, et qui naturellement ne peut être réalisée sans un surcroit de dépenses.

Il est un fait évident, c'est que dans maintes grandes villes les quartiers d'observation réservés aux aliénés laissent considérablement à désirer au point de vue de l'aménagement : on constate que la seule préoccupation qui s'y révèle est d'assurer la *séquestration* de l'interné : quant au *traitement* des malades il en est peu question.

Les municipalités qui ont admis la nécessité d'un quartier spécial d'aliénés, doivent comprendre qu'il est indispensable d'avoir un terrain d'une superficie suffisante pour donner satisfaction aux exigences de la psychiatrie contemporaine. La ville de Hanovre ayant projeté la création d'un hôpital urbain de 60 lits, M. Dannemann expose le programme et le plan qui lui paraissent répondre au but qu'on s'est proposé. Il a disposé les diverses sec-

tions de l'hôpital de façon à obtenir, avec le moins de personnel possible, un maximum de surveillance.

M. Dannemann insiste sur la possibilité d'organiser, avec des ressources modestes, des petits pavillons, annexés à un hôpital, qui peuvent réunir les conditions nécessaires au traitement des maladies mentales. Il montre comment doit être assuré le service de surveillance de ce quartier d'observation en miniature et donne les plans d'un pavillon pour cinq hommes et cinq femmes, et d'un bâtiment comprenant 10 lits pour chaque sexe. L'ensemble de ce quartier constitue un service spécial, dirigé par un médecin n'ayant pas d'autre section.

D'autres plans sont donnés qui concernent des hôpitaux d'aliénés de 30, 40, 50 et 100 lits. Les deux premiers n'ont qu'un quartier de surveillance pour chaque sexe.

Les deux derniers en possèdent deux dans lesquels les malades sont répartis suivant leur réaction au point de vue de la sociabilité. Il existe en outre des quartiers pour les convalescents.

Il est nécessaire pour ces petits asiles de ne pas trop multiplier le nombre des quartiers afin de rendre la surveillance constante, sans être obligé d'augmenter notablement le personnel. Un classement des malades en trois catégories est suffisant :

1° Convalescents et malades n'ayant pas besoin d'une surveillance constante, 20 p. 100 ; 2° Malades (sociables) à surveiller, 40 p. 100 ; 3° Malades insociables à surveiller, 40 p. 100.

Des chambres d'isolement doivent être annexées aux salles de surveillance.

M. Dannemann donne le plan d'un pavillon à 1 étage sur rez-de-chaussée, de 44 lits, organisation à laquelle on peut avoir recours quand le terrain est insuffisant. Une policlinique pour les maladies mentales et nerveuses doit être annexée à l'hôpital.

L'auteur insiste sur la nécessité pour l'architecte de s'inspirer de considérations d'ordre psychiatrique dans la construction de ces hôpitaux spéciaux [1]. Paul Sérieux.

[1] En France, M. Bourneville, dans ses articles dans le *Progrès médical* et dans les *Archives de neurologie*, puis M. Monod dan sa communication au Congrès international de psychiatrie de 1889, ont à maintes reprises insisté sur l'organisation défectueuse, pour ne pas dire plus, des cellules d'observation des hôpitaux.

BIBLIOGRAPHIE.

XV. *La suggestion, son rôle dans l'éducation*; par M. F. Thomas, in-18 de 148 p. Félix Alcan, éditeur.

M. F. Thomas, s'adressant en particulier au personnel enseignant, n'use pas de la terminologie technique, qui rend si difficile à lire les ouvrages traitant le même sujet. Il se propose un but éminemment pratique : il veut nous montrer ce qu'on doit entendre par la *suggestion*, terme si général aujourd'hui, et nous énumérer les avantages que peut retirer de la méthode suggestive, la pédagogie.

Notre être est soumis à une sorte d'*automatisme physiologique et mental*, quels que soient d'ailleurs le rôle et le pouvoir de la volonté. C'est sur cet automatisme qu'a prise la suggestion, ou inspiration d'une croyance dont les vrais motifs nous échappent et qui, avec plus ou moins de force, tend d'elle-même à se réaliser. Cette inspiration peut avoir sa source dans notre organisme, dans notre sensibilité, dans notre imagination, dans notre volonté. Quand elle émane de nous-même, elle s'appelle l'*auto-suggestion*. Elle peut provenir du monde extérieur et se manifester sous la forme d'une imitation inconsciente, allant du *mimétisme* physique et moral, à l'impression féconde que peut produire en nous le beau, sous quelque forme qu'il se présente ; elle peut enfin être produite au moyen du *sommeil hypnotique*.

L'hygiène, la bonne tenue, les exercices physiques, la pratique de la réflexion, la surveillance et la direction du travail combattront les *auto-suggestions* nuisibles. L'affection et le respect que saura inspirer tout maître digne de ce nom, ménageront des conditions favorables aux *suggestions* utiles. « Le scepticisme des maîtres, dit avec raison M. Thomas, est dans l'enseignement plus dangereux que leur ignorance ». Le bon exemple, le talent de proportionner l'enseignement à l'intelligence des élèves, seront les meilleurs moyens de diriger le penchant à l'*imitation*. La culture du goût chez l'enfant facilitera l'œuvre importante de la *suggestion esthétique*. Quant à la *suggestion hypnotique*, qui exige autant de prudence que d'expérience, elle ne devra servir que dans les cas où il y aurait à combattre des tares originelles ou des perversions d'instincts.

L'auteur ne prétend pas que la méthode suggestive soit la seule

que doivent employer les maîtres de la jeunesse. « A côté de l'éducation que l'enfant reçoit, pour ainsi dire à son insu, il y a celle qu'il acquiert de lui-même, lorsque nous l'amenons à raisonner ses sentiments et ses pensées... L'enseignement suggestif appelle un enseignement démonstratif et doctrinal qui le complète ».

Cet ouvrage, d'une lecture intéressante et facile, témoigne de la solidarité qui se manifeste, depuis quelque temps, entre les trois degrés d'enseignement; tous ceux qui s'occupent d'éducation ne pourront que tirer profit des conseils judicieux et documentés, dont est rempli le livre de M. F. Thomas. J. Boyer

XVI. *Annuaire de l'Internat en Médecine des Asiles d'aliénés de la Seine*, cinquième année, édition de 1901. — Prix : 2 francs. Vigot frères, édit., Paris.

Cette nouvelle édition publiée par l'Association amicale des Internes et Anciens Internes des Asiles de la Seine, est, pour le médecin aliéniste, un véritable *vade-mecum* où il trouvera réunis les principaux renseignements concernant sa spécialité. L'annuaire de 1901 contient notamment le tableau d'avancement du personnel médical des Asiles publics d'aliénés, la nomenclature détaillée de tous les établissements publics ou privés destinés au traitement de la folie, de nombreuses indications relatives à l'Association mutuelle des médecins aliénistes de France, à l'enseignement de la psychiâtrie, aux concours de médecin adjoint des asiles d'aliénés, aux prix de l'Académie des sciences, de l'Académie de médecine, de la Société médico-psychologique, etc. C'est surtout par l'exactitude de ses informations et la commodité de leur groupement que cette publication annuelle se recommande à tous les médecins aliénistes.

VARIA.

Les mendiants et les vagabonds des grandes villes; par Bouhöffer.

L'examen a porté sur 400 sujets de la ville de Breslau. 70 p. 100 d'entre eux avaient été déclarés impropres au service militaire. On a relevé dans la moitié des cas l'existence chez les ascendants de tares héréditaires nerveuses : alcoolisme (29 p. 100), épilepsie, hystérie et psychoses. Le niveau intellectuel est très bas : 53 p. 100 n'ont pu terminer leur instruction primaire. Dans un tiers des cas

on a noté des arrêts de développement, congénitaux ou postérieurs à la naissance, imbécillité, épilepsie. Les maladies mentales acquises sont dans la proportion de 6 p. 100; il s'agit surtout de paralysie générale. La plupart des sujets examinés sont des buveurs d'habitude; dans 60 p. 100 des cas on a constaté l'alcoolisme chronique. Le plus souvent l'alcoolisme s'est développé sur un terrain psychopathique préexistant. Les époques de la vie auxquelles les sujets ont commencé à se livrer au vagabondage et à la mendicité sont en premier lieu : 1° la période de seize à vingt ans, à laquelle l'homme doit, seul, subvenir à ses besoins; 2° la période de la plus grande concurrence (de vingt-cinq à trente ans, d'après la statistique de l'Empire allemand); 3° la période de trente-cinq à quarante ans, à laquelle l'intoxication par l'alcool fait le plus sentir ses effets. Enfin, à la période plus tardive, prennent place les individus immigrés.

Certaines différences existent entre les sujets suivant la période à laquelle ils ont adopté leur genre de vie : les défectuosités psychiques congénitales sont plus fréquentes (45 p. 100) chez les vagabonds précoces, que chez ceux qui le sont devenus tardivement (25 p. 100). Dans cette dernière catégorie prédominent les psychopathies acquises et l'alcoolisme. Tandis que, dans la première catégorie, c'est la faiblesse intellectuelle congénitale qui tient la première place parmi les facteurs étiologiques, dans la seconde, c'est surtout l'influence du milieu qui se fait sentir. (*Congr. de médec.-aliénist. allemands.* Francfort-s.-M., 20-21 avril 1900. *Allg. Zeitzchr.*, 1900, 570-571.)

Les aliénés en liberté.

Suicide à Amilly. — Mlle Jeanne Raffard, 21 ans, demeurant chez ses parents, marchands de vin, a profité du sommeil de ceux-ci pour se suicider, à l'aide d'un réchaud de charbon dans un fournil situé derrière la maison d'habitation. Cette jeune fille ne jouissait pas de la plénitude de ses facultés et avait été internée dans une maison de santé à Orléans. (Le *Républicain d'Orléans*, du 25 septembre 1901.)

Quels malades (*aliénés*) faut-il placer dans les familles; par A. Marie et A. Vigouroux. (*Revue de Psychiatrie*, 1900, n° 1.)

Ce ne sont pas seulement les déments séniles, comme le pensaient les fondateurs de la colonie de Dun-sur-Auron. Ces déments séniles sont peu recherchés par les nourriciers. Ceux-ci en effet aiment mieux les déments vésaniques, les débiles, les imbéciles et même les persécutés ou mégalomanes que leur état permet d'envoyer dans une colonie; ce genre de malades comme certains

mélancoliques (mélancoliques *a miseria*) et les anciens alcooliques s'ils sont préférés par les nourriciers sont aussi ceux qui profitent et jouissent le plus du traitement dans les familles. F. B.

FAITS DIVERS.

Suicide d'un garçon de quatorze ans. — Le sieur Gaudeaux, quincaillier à Gacé, avait promis à son fils, âgé de quatorze ans, de l'emmener avec lui à Orbec. Mais l'enfant, ayant désobéi, fut privé du voyage. C'était le samedi. Le lendemain dimanche, le jeune Gaudeaux s'en fut jouer aux loteries et aux tirs installés sur la place de Gacé. Quand il revint, une femme chargée du soin de la maison le gronda et le menaça de la colère de son père. Le jeune garçon monta à sa chambre. Quand la femme de ménage s'y rendit pour voir si l'enfant dormait, elle le trouva déshabillé, gisant sur le parquet, ne donnant plus signe de vie. Il s'était tiré une balle de revolver dans l'une des tempes. La mort avait été instantanée. (*Le Bonhomme Normand*, 19-25 juillet 1901).

Médecine légale psychiatrique. — M. le Dr Paul Garnier, médecin en chef de l'infirmerie spéciale des aliénés, reprendra la série de ses conférences cliniques de *psychiatrie médico-légale*, le *vendredi* 8 *novembre*, à 1 h. 1/2, et les continuera le mercredi et le vendredi de chaque semaine à la même heure. MM. les docteurs en médecine, les internes des hôpitaux et les étudiants parvenus au terme de leur scolarité peuvent, dès maintenant, se faire inscrire au Secrétariat de l'infirmerie spéciale, 3, quai de l'Horloge. Après trois mois d'assiduité à cette clinique, un certificat de *stage médico-légal psychiatrique* est régulièrement délivré.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Babinski. — *Hémiasynergie et hémitremblement d'origine cérébello-protubérantielle.* (Extrait de la *Revue de Neurologie*, 1901.)

Buvat. — *Des sérums artificiels dans le traitement des maladies mentales.* In-8° de 150 pages. Boyer, imprimeur éditeur, 1901.

CARRIER (G.) et MARTIN (E.). — *Du délire aigu au point de vue clinique, anatomo-pathologique et bactériologique*, avec 2 croquis. In-8° de 68 pages. Limoges, Ch. Lavauzelle.

DOM SAUTON. — *La Léprose*. In-8° raisin de 506 pages, avec 60 figures et 5 planches. Prix : 22 francs. Librairie C. Naud.

FLURY-CHAVANNE. — *Oreille et hystérie*. In-8° de 320 pages, avec 84 figures. Prix : 7 fr. 50. J.-B. Baillière, 1901.

FOUINEAU. — *Formulaire de thérapeutique infantile*. In-18 de 260 pages. Prix : 3 francs. Paris, 1901. Librairie J.-B. Baillière et fils.

GRAHAM BROWN (J.-J.). — *Notes on the treatment of diseases of the nervous system. Lecture IV. — On treatment of paralysis resulting from lesion of the upper motor neuron*. Brochure in-8° de 30 pages. Edimbourg, 1901.

KOLLARITS (J.). — *Beitrag zur Kenntniss der anatomischen Grundlage der Muskelatrophie*. (*Deutsches archives für klinische medicin.*) In-8° de 12 pages. Budapest.

LEFERT (P.). — *Aide-mémoire de médecine enfantine*. In-18° de 320 pages. Prix : 3 francs. Paris, 1901. Librairie J.-B. Baillière et fils.

LEMESLE (H.). — *La transverbération de sainte Thérèse d'Avila*. Brochure in-8° de 16 pages.

MEIGE (H.). — *Dystrophie œdémateuse héréditaire*. In-8° de 24 pages. Carré et Naud, éditeurs, Paris, 1898.

MEIGE et BATAILLE. — *Les miracles de saint Ignace de Loyola*. (Extrait de la *Nouvelle iconographie* de la Salpêtrière.)

PELLIZZI. — *Studii clinici ed anatomo-patologici sull' idiozia*. In-8° de 276 pages, avec 4 planches.

PLICQUE (A.-F.). — *Le traitement de névralgiess et névrites*. In-18 de 6 pages. Prix : 1 fr. 50. Librairie J.-B. Baillière.

RAYMOND (F.). — *Clinique des maladies du système nerveux*, hospice de la Salpêtrière, années 1898-1899, cinquième série. In-8° de 680 pages, avec 77 figures et 5 planches en couleurs. Prix : 16 francs. Librairie Doin, 8, place de l'Odéon.

Revue philosophique. — Sommaire du numéro de juillet 1901 (26° année). — Dr E. DE CYON. Les bases naturelles de la géométrie d'Euclide. — F. LE DANTEC. La méthode déductive en biologie (1er article). — GOBLOT. La musique descriptive. — BLUM. Le mouvement pédologique et pédagogique. Analyses et comptes rendus. — Abonnement du 1er janvier : un an, Paris, 30 francs; départements et étranger, 33 francs. La livraison : 3 francs. — F. Alcan, éditeur.

RICHARD-CATON. — *The temples and ritual of asklepios at Epidaurod and Athens*. In-8° de 50 pages, avec 34 figures et 1 planche. London, 1900.

SPITZKA (E.-A.). — *The redundancy of the preinsula in the brains of distinguished educated men*. Brochure de 12 pages. New-York, 1901.

ZUCCARELLI (Angelo). — *Per la sterilizzazione della donna come mezzo per limitare o impedire la riproduzione dei maggiormente dégénératio*. Brochure de 4 pages. Napoli, 1901.

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

Évreux, Ch. HÉRISSEY, imp. — 10-1901.

Vol. XII. Décembre 1901. N° 72.

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

CLINIQUE MENTALE.

Délire aigu et urémie ;

Par le Dr A. CULLERRE.

Le *délire aigu* est un syndrome d'origine variable ; la toxi-infection qu'il révèle peut provenir de sources diverses : épuisement du système nerveux, inanition prolongée, auto-intoxication par rétention fécale, par lésion des organes digestifs, estomac, foie, intestin. Le plus souvent elle provient des ces causes réunies et diversement combinées. Elle peut encore être la conséquence d'un mauvais état des reins ou même d'une néphrite méconnue et dans certains cas le délire aigu n'est, à la lettre, qu'une *folie urémique suraiguë*.

Cette opinion, que M. Carrier, dans son remarquable rapport au Congrès de Limoges, a bien voulu m'attribuer, d'après une communication orale, demande à être appuyée sur des faits. Des circonstances indépendantes de ma volonté m'ayant empêché de prendre part aux discussions du Congrès, je présenterai ici sommairement deux observations cliniques qui, entre autres, me paraissent particulièrement favorables à mon opinion.

Observation I. — La nommée M..., femme G..., âgée d'environ cinquante-cinq ans, ramassée sur la voie publique et placée d'abord à l'hôpital de la Roche-sur-Yon est évacuée sur l'asile, le 27 mars 1897, en raison de son état mental, caractérisé, d'après le certificat d'admission, « par du délire avec hallucinations de la vue et agitation incoercible ».

Le certificat de vingt-quatre heures a été ainsi formulé : « État

démentiel avec confusion complète des idées, agitation, désordre des actes, mouvements de fuite, impulsions inconscientes ».

Les jours qui suivent, refus complet d'aliments; la malade est nourrie à la sonde : l'obtusion mentale est très profonde, le délire confus, les paroles insaisissables, les hallucinations de la vue intenses; la fièvre s'allume, une diarrhée profuse et fétide se déclare. Le certificat de quinzaine est ainsi conçu : « Mélancolie compliquée de *délire aigu*; adynamie profonde, fièvre, diarrhée, état typhoïde des plus graves ».

Sous l'influence d'injections de sérum de Chéron [1], je constate, le 27 avril, une légère amélioration dans l'état général avec diminution de la confusion des idées ; la malade a même eu deux ou trois moments clairs très courts.

Le 4 mai, les symptômes s'aggravent de nouveau, le délire et la fièvre redoublent ainsi qne la diarrhée; une escarre se forme au sacrum et la malade succombe le 6 mai dans le coma terminal.

Autopsie. — Poumons sains, cœur sain et petit, à part quelques plaques d'athérome sur la valvule mitrale. Foie un peu graisseux; calculs dans la vésicule biliaire. *Reins petits, congestionnés, avec substance corticale granuleuse ne pesant chacun que* 80 *grammes*. Vessie rétractée, sans urine.

Pas de lésions cérébrales macroscopiques sauf un épanchement abondant de liquide sous-arachnoïdien.

Ici, le diagnostic de délire aigu d'origine urémique ne saurait même être discuté, en présence des révélations de l'autopsie. Une seule lésion est constatée, la néphrite chronique arrivée à une phase avancée de son évolution puisque les reins ont perdu presque la moitié de leur poids normal.

Cette affection n'a pas été diagnostiquée pendant la vie, sans doute, parce que la malade laissant aller sous elle, les urines n'ont put être ni surveillées, ni recueillies ; mais, par un examen plus attentif, elle aurait peut-être pu l'être, bien qu'à part la diarrhée, phénomène d'ailleurs banal et sans signification pathognomonique, aucun symptôme n'orientât le diagnostic dans cette direction.

Observation II. — P..., quarante-un ans, est admis une première fois le 14 décembre 1887. Père mort à soixante ans, mélan-

[1] Je n'avais pas encore, à cette époque, mis en usage les grandes injections salines qui m'ont donné depuis des résultats si remarquables en pareille circonstance. (A. Cullerre. De la transfusion séreuse sous-cutanée dans les psychoses aiguës avec auto-intoxication. (*Progrès médical*, 30 septembre 1899.)

colique, suicidé. Mère aliénée et internée pendant de nombreuses années à l'asile d'aliénés ; un frère atteint d'une crise de délire passagère, sous l'influence d'excès alcooliques.

Le malade n'est pas alcoolique. Le trouble mental actuel est la conséquence d'une vive déception à propos d'un héritage qu'il comptait toucher. Excitation maniaque très vive, se traduisant surtout par des idées religieuses incohérentes d'abord, puis par une gesticulation désordonnée, des poses et une mimique extrêmement variées avec mutisme presque complet. Le malade est maigre, pâle, à l'œil effrayé et hagard ; haleine horriblement fétide, constipation, refus complet d'aliments.

Pendant plusieurs semaines, phénomènes catatoniques, ralentissement du pouls qui tombe au-dessous de cinquante pulsations, contorsions, grimaces, poses extatiques ; attitudes violentes comme s'il voulait poursuivre quelqu'un ou se livrer à la boxe.

Au bout de quatre mois, la phase catatonique cesse pour faire place à une dépression mélancolique profonde avec impulsions subites au suicide. Il veut se couper le cou, se jeter à l'eau ; il essaye de se briser la tête contre les murs.

Vers le sixième mois, les symptômes s'amendent et P... peut sortir guéri le 19 août 1888.

Neuf ans après, le 12 juin 1897, il est de nouveau admis en proie à une agitation mélancolique violente avec impulsions à l'homicide et au suicide. Angoisse incoercible, mouvements désespérés ; il cherche à se briser la tête contre les murs, refus d'aliments.

Le 14, la fièvre s'allume, le malade tombe dans une prostration profonde avec *anurie*, *vomissements continuels*, mussitation, carphologie, refroidissement, coma. La mort survient le 17, trois jours après le début de la crise de délire aigu. L'autopsie n'a pu être faite.

Chez ce malade, bien que nous manquions des preuves matérielles qu'eût pu fournir l'autopsie, l'urémie s'est révélée dans les trois derniers jours de la maladie, par des symptômes trop éloquents pour être révoqués en doute. D'autre part, la clinique autorise à admettre qu'elle existait même avant l'explosion des symptômes révélateurs. Nous sommes donc en présence d'une psychose aiguë au développement de laquelle l'urémie latente a participé probablement dans une large mesure et qui s'est terminée au point de vue mental par le syndrome du délire aigu, et au point de vue somatique par le syndrome de l'urémie.

D'où le diagnostic de psychose urémique suraiguë qui nous

paraît justifié ou si l'on préfère, de délire aigu d'origine urémique.

Bien plus, si on examine attentivement cette observation, on est conduit à une hypothèse des plus intéressantes, à savoir que le mauvais fonctionnement des reins, en d'autres termes l'urémie latente, a pu jouer un certain rôle dans la production du premier accès de folie observé neuf ans plus tôt chez cet héréditaire. En effet, ce qui a dominé pendant plusieurs mois la symptomatologie de cet accès, ce sont *des phénomènes catatoniques, des poses extatiques, des attitudes cataleptiformes*, signes que j'ai contribué, avec divers auteurs, à rattacher dans certaines psychoses à l'auto-intoxication d'origine rénale [1].

La catatonie ou stupeur cataleptiforme n'est pas un symptôme des psychoses de l'âge mûr. Quand on la rencontre chez un individu qui a passé quarante ans, il y a bien des chances pour qu'elle relève de l'urémie latente, et tel nous paraît avoir été le cas de notre malade.

ASILES D'ALIÉNÉS.

Le pavillon de chirurgie des asiles publics d'aliénés du département de la Seine, à l'Asile clinique;

Par Lucien PICQUÉ,
Chirurgien en chef des asiles publics d'aliénés.

Le 9 avril, à neuf heures et demie du matin, les membres de la *Commission de surveillance des asiles*, présidée par M. Athalin, conseiller à la Cour de cassation, M. Prestat,

[1] A. Cullerre. *Quelques observations de folie brightique.* (*Congrès des aliénistes et neurologistes*, La Rochelle, 1893.) — *Note sur un cas de folie urémique consécutif à un rétrécissement traumatique de l'urèthre.* (*Archives de neurologie*, 1894.) — Voyez aussi la thèse de mon interne Guélou : *Des psychoses dans leurs rapports avec les affections des reins.* Bordeaux, 1897.

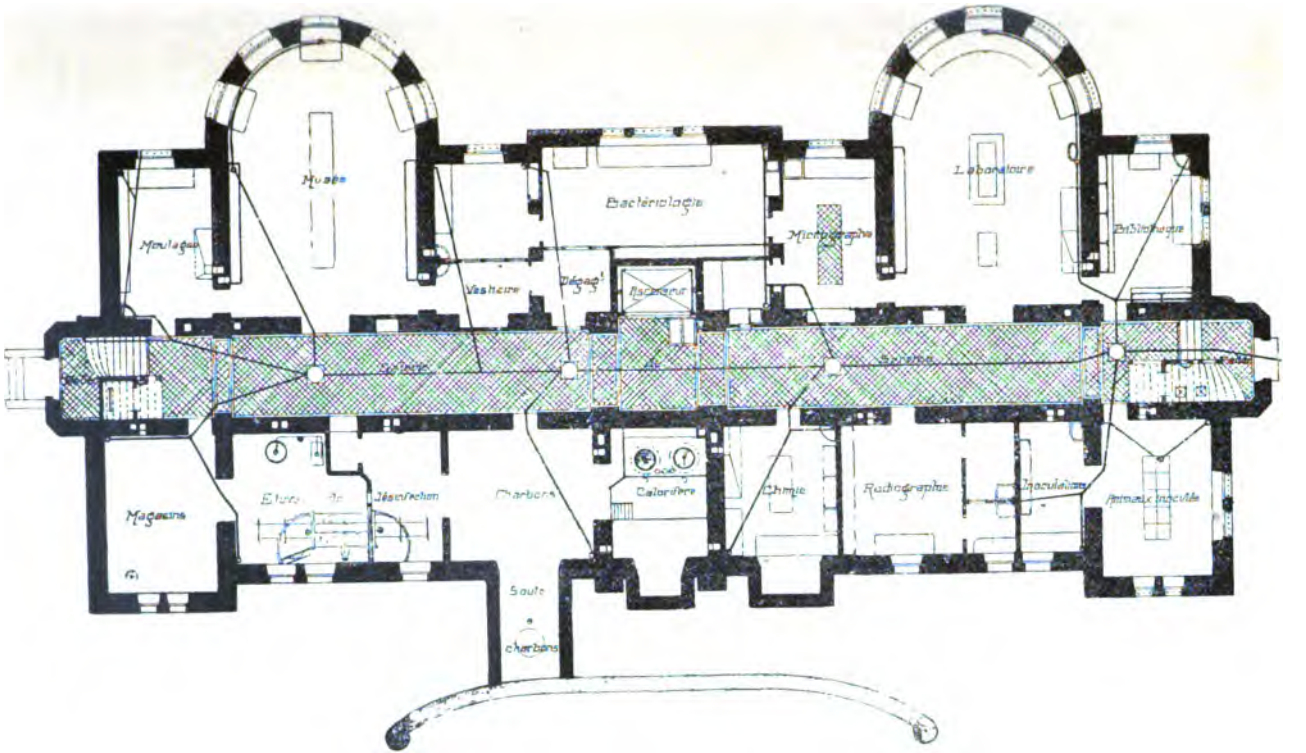

Musée
Moulages
Bactériologie
Laboratoire
Micrographie
Bibliothèque
Vestiaire
Dégag.t
Ascenseur
Galerie
Magasins
Désinfection
Charbons
Calorifère
Chimie
Radiographie
Inoculations
Animaux inoculés
Soute
charbons

Fig. 11.

Maucomble, Béhenne, Bourneville, Caron, membres de la commission ; M. Defrance, directeur des affaires départementales ; M. Pelletier, chef du service des aliénés à la préfecture ; la plupart des médecins en chefs des asiles de la Seine, M. Magnan, membre de l'Académie ; MM. Dubuisson et Vallon, de l'Asile clinique ; MM. Briand, Marie, Pactet et Toulouse, médecins en chef à Villejuif.

M. Dupain, de Vaucluse ; M. Baudard, directeur de Vaucluse, M. Lucipia, ancien président du Conseil général, directeur de l'asile de Villejuif ; M. Guillot, directeur de l'Asile clinique ; M. Gillet, économe, M. Péronne, architecte, sont venus visiter le pavillon de chirurgie de l'Asile clinique.

Ce pavillon se distingue de tous les pavillons similaires en ce qu'il constitue un pavillon exclusivement opératoire et entièrement séparé du service des malades. Cette séparation absolue qui n'existe pas dans nos hôpitaux présente cependant des avantages réels sur lesquels on ne saurait trop insister.

Au point de vue du fonctionnement, cette séparation évite les chances de contamination par les malades et leurs familles, par les infirmiers qui vont trop souvent et malgré toutes les recommandations du service des malades au service opératoire.

Le malade est amené sur un brancard et reconduit de même dans le service d'où il vient, pour y achever sa convalescence. Il reste donc dans son lit pendant toute la durée de son séjour au pavillon, séjour qui doit toujours être court. Dans ces conditions, les chances de contamination se trouvent réduites au minimum.

Dans ce pavillon opératoire, le personnel a donc une fonction unique et bien définie. Il ne s'occupe que d'opérer et de tout ce qui intéresse le résultat opératoire.

Mais les avantages du pavillon opératoire, séparé, sont surtout remarquables au point de vue du mode de construction générale, de la répartition des services, de leur agencement et de leur importance relative.

D'une façon générale, dans un pavillon d'hospitalisation, tout doit être construit en vue du séjour prolongé du malade et du bien-être auquel il a droit pendant ce temps. La plus grande place est réservée aux salles de malades, on doit prévoir des promenoirs, des salles de repos, des water-closets.

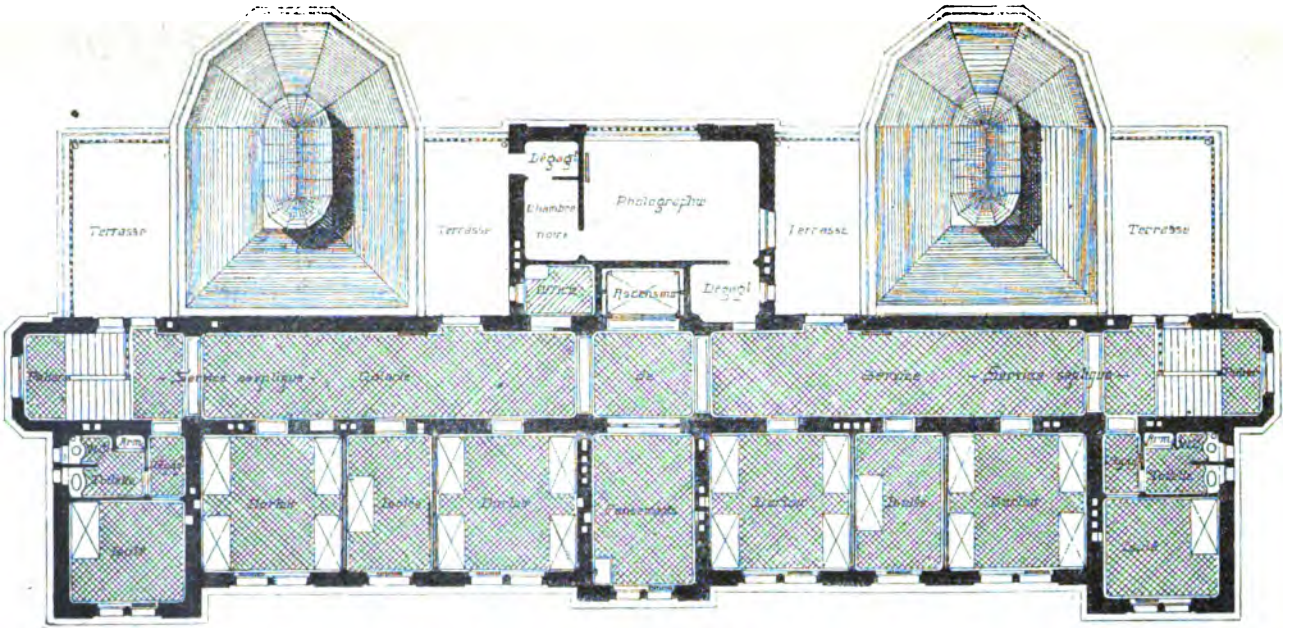

Terrasse
Terrasse
Dégagt
Chambre noire
Photographie
Terrasse
Terrasse
Ascensseur
Dégagt
Service sanitaire
Galerie
de
service
Service sanitaire
Dortoir
Isolée
Dortoir
Pensionnats
Dortoir
Isolée
Dortoir
Isolé
Isolé

Fig. 12.

Les services généraux y occupent aussi un large espace. Dans ces conditions, les services opératoires sont toujours sacrifiées. On se trouve amené à construire des salles opératoires plus ou moins petites et ordinairement mal orientées. Je tiens d'un de mes collègues, qu'à l'hôpital Bichat, qui date de vingt ans, l'architecte avait oublié la salle d'opération ! elle ne fut établie qu'après, sur la demande du titulaire.

Quant aux annexes des salles d'opérations, elles sont parfois insuffisantes : dans certains services ou j'ai passé, elles manquent absolument : à l'hôpital Bichat, qui a passé pendant vingt ans pour un service modèle, elles sont trop restreintes et en tout cas très éloignées de la salle d'opération. Elles se trouvent à un étage différent et dans des locaux dépendant du service de la pharmacie. Dans un hôpital tout récent, l'architecte les avait oubliées et ce n'est qu'une fois construit qu'on désaffecta un laboratoire pour y installer les étuves et les autoclaves. Il convient toutefois de faire remarquer que partout nos collègues sont arrivés à avoir dans leurs services des installations qui leur permettent de pratiquer la chirurgie aseptique avec un maximum de sécurité. Mais si l'on est arrivé sous ce rapport à des résultats satisfaisants, il ne saurait en être de même pour la pratique des opérations septiques. Pour ne citer que l'hôpital Bichat, le chirurgien est obligé d'opérer dans une salle de pansements. Quant aux annexes de ce service, elles manquent totalement.

Voilà les desiderata souvent excusables des service d'hospitalisation qui, primitivement, ont été construits pour les malades, et non en vue des opérations à y pratiquer.

Tout au contraire, dans un pavillon opératoire, les conditions sont radicalement changées. Tout doit y être disposé en vue de l'intervention chirurgicale. La salle opératoire, qui en est la raison d'être, doit être spacieuse et bien orientée. Les annexes opératoires doivent y être largement établies, commodément réparties et bien agencées. Le bien-être du malade, qui doit rester au lit tout le temps de son séjour au pavillon, se résume aux conditions aseptiques prises contre l'infection au cours des opérations et dans les pansements consécutifs contre l'infection de la literie par les malades, et inversement contre l'infection du malade par la literie mal désinfectée.

Les chambres des malades ne sont plus qu'une annexe de la salle d'opération au lieu de constituer la partie princi-

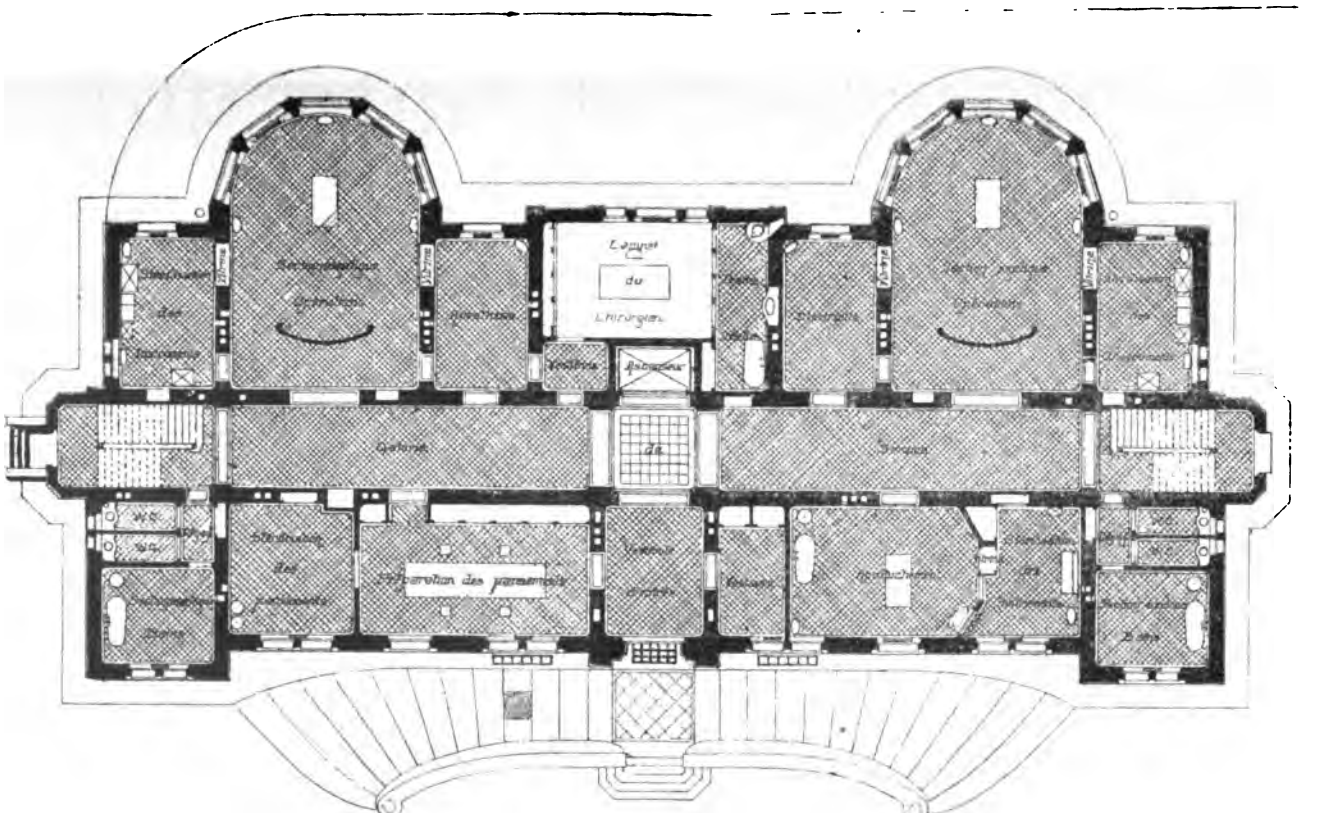


Fig. 13.

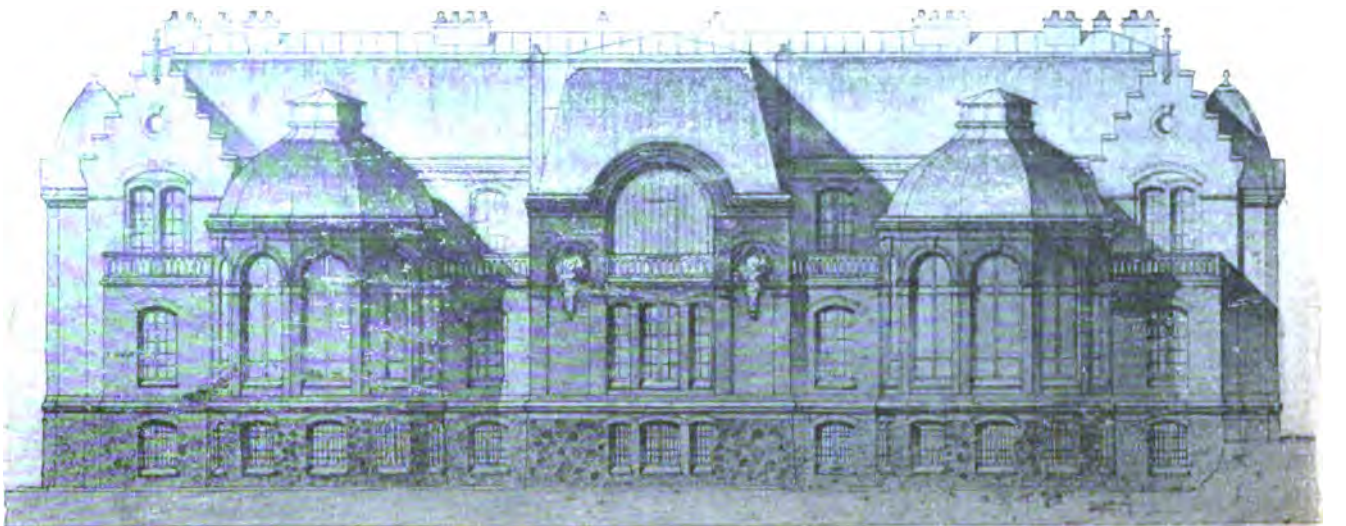


Fig. 14.

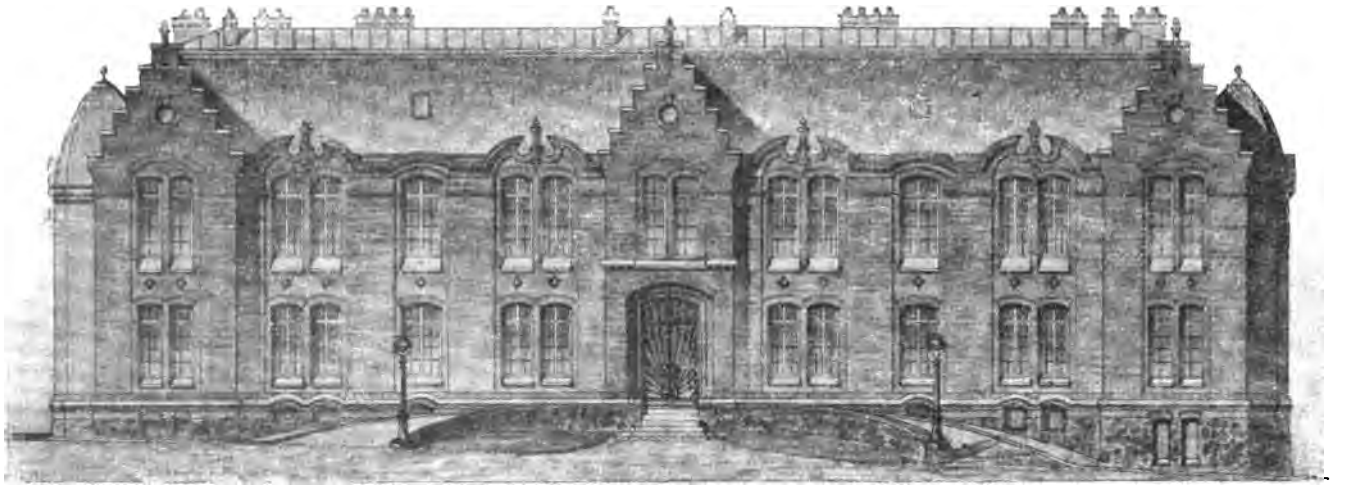


Fig. 15.

pale du bâtiment. Ce sont toutes ces conditions qui ont été réalisées au pavillon de chirurgie de l'Asile clinique.

De plus, les deux services septique et aseptique existent, présentent la même importance et sont bien séparés. Il faut réserver aux malades septiques les mêmes avantages qu'aux malades aseptiques, une double installation est nécessaire ainsi que je disais plus haut, dans tout service de chirurgie : celle-ci devient une nécessité de premier ordre, dans un pavillon comme le nôtre. Alors que dans les pavillons d'isolement de nos hôpitaux on ne reçoit que des malades aseptiques, nous devons, au contraire, recevoir toutes les catégories de malades infectés et non infectés.

C'est la seconde condition que nous avions à remplir : elle nous a naturellement vivement préoccupé car il fallait à tout prix éviter la contamination du deuxième groupe par le premier, et c'est pour avoir le maximum de sécurité sous ce rapport, que nous avons dû prendre les dispositions en apparence luxueuse, mais rigoureusement nécessaires, qui distinguent ce pavillon des constructions similaires. On eût pu, à la rigueur, construire deux pavillons séparés ou simplement accolés. Il m'a paru plus économique, mais aussi plus scientifique et tout aussi sûr de consacrer le principe moderne de l'infection chirurgicale, dans notre pavillon, en n'établissant aucune muraille matérielle entre les deux catégories de malades, mais en attachant à chacun d'eux un personnel et un matériel spécial.

De là, par conséquent, l'utilité de deux salles opératoires avec leurs annexes indépendantes (salle de stérilisation de l'eau et des instruments, salle de désinfection des malades et de préparation pour les opérations, chambres séparées pour les malades des deux catégories, salle de pansement pour les malades aseptiques), service de désinfection pour la literie et les vêtements des malades. Ainsi se trouve réalisée la formule :

Pas de contamination des malades par les objets de pansement, les instruments, les infirmiers et la literie. Pas de contamination de la literie par les malades. Nous avons dû également prévoir dans le pavillon une petite maternité pour les femmes, peu nombreuses d'ailleurs, qui accouchent à l'asile. Là encore nous pouvions trouver de nouvelles causes de contamination. Nous avons résolu la question en créant un service autonome, absolument distinct dans le

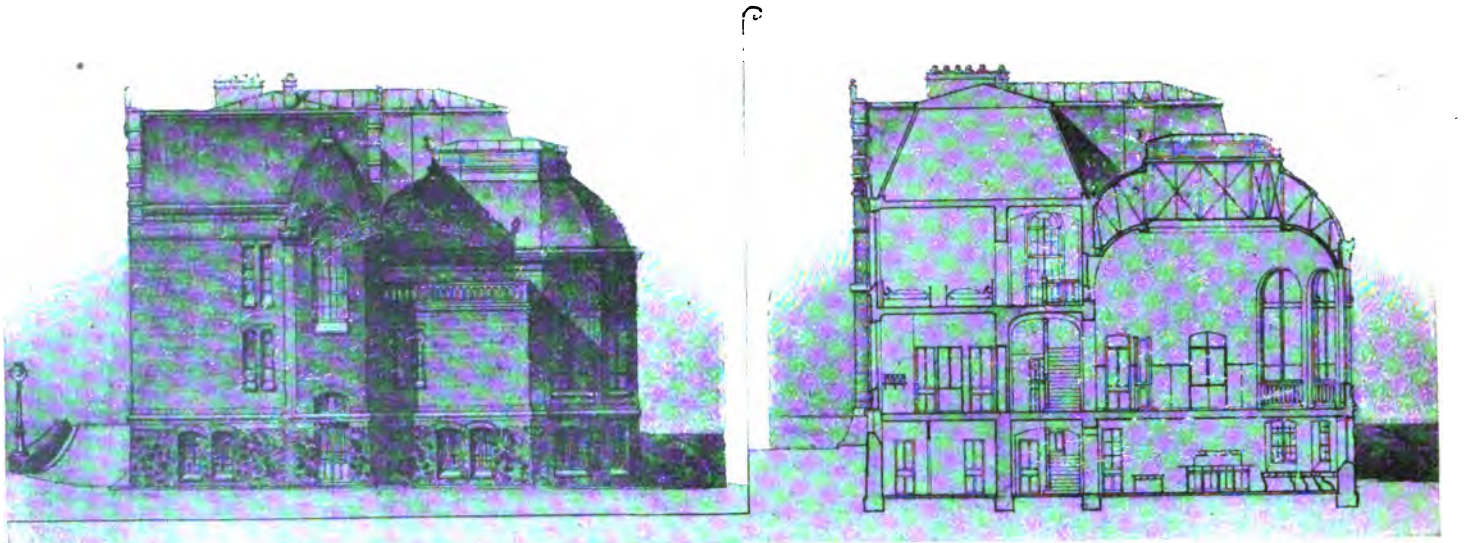


Fig. 16.

pavillon et se suffisant à lui-même au point de vue de la stérilisation de l'eau et des instruments.

Depuis quelques années, tout chirurgien d'hôpital s'applique à stériliser les pansements dont il se sert; nous n'avons pas à insister ici sur les avantages de cette pratique au point de vue de la sécurité et de l'économie.

Ayant à faire usage d'une quantité considérable de pièces de pansement pour le service du pavillon et celui de tous les asiles d'aliénés du département, nous avons pensé qu'il était indispensable d'organiser au pavillon un véritable service de pensement. Ce service comprend un atelier de découpage avec un outillage spécial pour le dégraissage du catgut et le lessivage des soies, une salle de stérilisation et un laboratoire bactériologique pour le contrôle scientifique des opérations de la stérilisation. Ce service fonctionne depuis le 8 mai et a donné des résultats réellement inattendus. Avec un personnel restreint (2 personnes) on a pu pendant le premier mois, avec un travail régulier, réaliser des bénéfices réellement énormes sur les prix de revient du commerce et obtenir du premier coup des produits qui, vérifiés dans les bouillons de culture, se sont montrés constamment stériles.

Les divers services que je viens d'énumérer devaient être répartis dans le pavillon d'une façon régulière. Le rez-de-chaussée (*fig.* 13) comprend les divers services opératoires, la maternité et le service des pansements. Le sous-sol (*fig.* 11) comprend le service de stérilisation de la literie, le laboratoire de bactériologie et les divers services scientifiques (radiographie, histologie, etc.). Le premier étage (*fig.* 12) est réservé aux malades. Un plan idéal médian et vertical divise le pavillon en ses deux parties septique et aseptique. La lecture du plan annexé à cet article montrera mieux que toute description l'agencement et la répartition des deux services.

Note. — La description du pavillon ayant été faite dans un travail spécial (Voir *Recueil des travaux*, t. I, 1901, P. Masson, éditeur), nous avons tenu simplement, dans l'article qui précède, à mettre en lumière quelques points spéciaux de nature à intéresser plus particulièrement les médecins. Les figures 14, 15, et 16 représentent les façades du pavillon.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

L'influence de l'alcool et du tabac sur le travail[1] ;

Par Ch. FÉRÉ, médecin de Bicêtre.

II. — En ce qui concerne le tabac à fumer, Warren Lombard, Vaughan Harley, Hough, qui ont expérimenté sur ses propriétés relativement au travail musculaire, s'entendent à reconnaître ses effets dépressifs. J'ai signalé son action excitante primitive soit au repos, soit dans la fatigue[2].

La psychologie physiologique nous montre que la sensation de plaisir est inséparable d'un accroissement de puissance. On ne peut donc guère expliquer autrement que par une excitation, au moins momentanée, le goût si répandu de fumer. D'autre part, on ne peut pas mettre en doute la compétence et la sincérité des expérimentateurs que je viens de citer. La contradiction ne peut être due qu'à une observation incomplète, Si on varie les conditions de l'expérience, on voit que les fumeurs se trompent quand ils croient à un bien-être définitif, et que les expérimentateurs, qui n'ont vu que la dépression, ont laissé échapper une partie de l'effet.

Expérience IV. — On commence à fumer la cigarette cinq minutes avant le travail et on continue pendant la première série d'ergogrammes (une cigarette caporal ordinaire).

Hauteur totale (en mètres)	Nombre de soulèvements	Travail en kilogrammètres	Hauteur moyenne en centimètres	Rapport du travail au travail normal
		1re série (en fumant).		
3,42	78	10,26	4,38	
2,13	52	6,39	4,09	
1,83	44	5,49	4,15	
1,73	42	5,19	4,11	
		27,33		121,67

[1] Voir *Archives de Neurologie*, n° 71, t. XII, page 369, 1901.

[2] *Journal de l'anat. et de la phys.*, 1901, p. 65. — *Note sur l'influence du travail digestif sur le travail manuel.* (*C. R. Soc. de Biol.*, 1901, p. 797.)

2e *série* (sans excitation).

1,88	41	5,64	4,58	
1,00	23	3,00	4,34	
1,06	23	3,18	4,60	
0,42	11	1,26	3,81	
		13,08		58,21

3e *série* (sans excitation).

1,84	42	5,52	4,38	
1,18	26	3,54	4,53	
0,82	19	2,46	4,31	
0,39	11	1,17	3,54	
		12,62		56,47

4e *série* (sans excitation).

1,16	25	3,48	4,64	
0,85	21	2,55	4,04	
0,61	14	1,83	4,35	
0,24	8	0,72	3,00	
		8,58		38,18

5e *série* (sans excitation).

1,11	25	3,33	4,44	
0,84	19	2,52	4,42	
0,58	14	1,74	4,14	
0,34	9	1,02	3,77	
		8,61		38,31

6e *série* (sans excitation).

0,90	20	2,70	4,50	
0,68	16	2,04	4,25	
0,46	11	1,38	4,18	
0,33	10	0,99	3,30	
		7,11		31,64

7e *série* (sans excitation).

0,77	18	2,31	4,27	
0,50	12	1,50	4,16	
0,51	13	1,53	3,92	
0,41	10	1,23	4,10	
		6,57		29,23

8e *série* (sans excitation).

0,70	16	2,10	4,37	
0,53	13	1,59	4,07	
0,54	14	1,62	3,85	
0,35	10	1,05	3,50	
		6,36		28,30

9e *série* (sans excitation).

0,77	17	2,31	4,52	
0,47	11	1,41	4,27	
0,41	10	1,23	4,10	
0,26	7	0,78	3,71	
		5,73		25,50

Pendant le repos suivant de cinq minutes, on fume de nouveau la cigarette qui est continuée pendant la dixième série.

10e *série* (en fumant).

4,53	93	13,59	4,87	
2,90	80	8,70	3,62	
1,84	53	5,52	3,47	
1,63	42	4,89	3,88	
		32,70		145,52

11e *série* (sans excitation).

0,36	9	1,08	4,00	
0,23	7	0,69	3,28	
0,17	5	0,51	3,40	
0,16	5	0,48	3,20	
		2,76		12,28

Il y a eu une excitation notable à la première série, mais la chute a été très rapide, et le travail total des 9 premières séries n'est que de 96,06 au lieu de 143 à 150, comme lorsqu'on travaille sans excitation. La répétition de l'excitation dans la fatigue donne une plus-value beaucoup plus forte, mais cessant rapidement.

La même expérience a été répétée à quelques jours d'intervalle, alors qu'il existait déjà des signes précurseurs de la migraine qui s'est produite en effet au cours de l'expérience.

Expérience V. — On commence à fumer la cigarette 5 minutes avant le travail et on continue pendant la première série d'ergogrammes (une cigarette).

Hauteur totale	Nombre de soulèvements	Travail en kilogrammètres	Hauteur moyenne	Rapport du travail au travail normal
		1re *série* (en fumant).		
3,57 (*fig.* 17)	76	10,71	4,69	
1,10	24	3,30	4,58	
1,15	22	3,45	5,22	
1,07	20	3,21	5,25	
		20,67		92,34
		2e *série* (sans excitation).		
1,22	25	3,66	4,88	
0,94	19	2,82	4,94	
1,00	20	3,00	5,00	
0,69	16	2,07	4,31	
		11,55		51,35
		3e *série* (sans excitation).		
0,98	21	2,94	4,66	
0,67	17	2,01	3,94	
0,56	13	1,68	4,30	
0,53	12	1,59	4,41	
		8,22		36,57
		4e *série* (sans excitation).		
0,51	11	1,53	4,63	
0,42	10	1,26	4,20	
0,32	8	0,96	4,00	
0,33	8	0,99	4,12	
		4,74		21,09
		5e *série* (sans excitation).		
0,49	11	1,47	4,45	
0,30	9	0,90	3,33	
0,38	9	1,14	4,22	
0,26	8	0,78	3,25	
		4,29		19,09

6° *série* (sans excitation).

0,36	8	1,08	4,50	
0,28	8	0,84	3,50	
0,27	7	0,81	3,85	
0,27	7	0,81	3,85	
		3,54		15,75

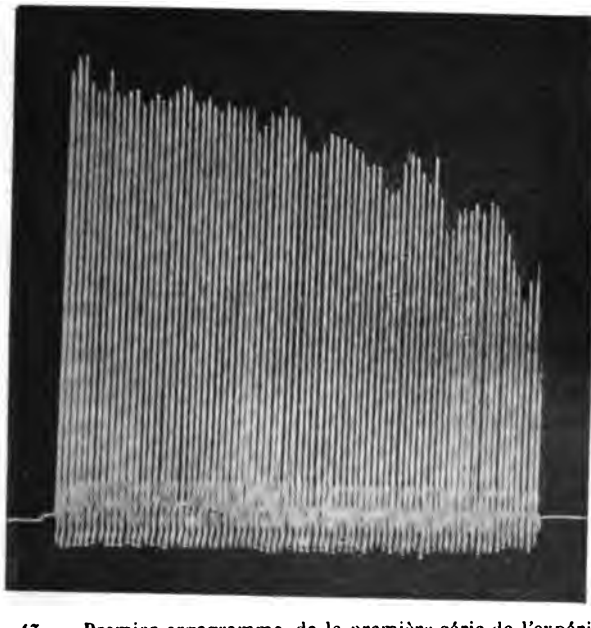


Fig. 17. — Premier ergogramme de la première série de l'expérience V. Action excitante initiale du tabac.

7° *série* (sans excitation).

0,43	9	1,29	4,77	
0,28	8	0,84	3,50	
0,32	8	0,96	4,00	
0,24	6	0,72	4,00	
		3,91		17,40

8e *série* (sans excitation).

0,40	10	1,20	4,00	
0,26	7	0,78	3,71	
0,27	7	0,81	3,85	
0,17	5	0,51	3,40	
		3,30		14,68

9e *série* (sans excitation).

0,31	8	0,93	3,87	
0,23	6	0,69	3,83	
0,21	5	0,63	4,20	
0,18	5	0,54	3,60	
		2,79		12,41

La mauvaise disposition annonçant la migraine constitue une condition analogue à la fatigue; réaction immédiate plus grande mais moins durable à une excitation. Le premier ergogramme seulement est plus élevé que dans l'expérience précédente, mais l'accumulation de la fatigue se fait plus rapidement, et le travail total des 9 séries n'est que de 63 au lieu de 96,04.

Expérience VI. — On commence à fumer la cigarette 10 minutes avant le travail et on continue pendant la première série d'ergogrammes (deux cigarettes).

Hauteur totale	Nombre de soulèvements	Travail en kilogrammètres	Hauteur moyenne	Rapport du travail au travail normal
		1re *série* (en fumant).		
2,47 (*fig.* 18)	54	7,41	4,57	
1,73	39	5,19	4,43	
0,90	22	2,70	4,09	
0,89	21	2,67	4,23	
		17,97		79,97
		2e *série* (sans excitation).		
1,83	42	5,49	4,35	
0,96	23	2,88	4,27	
0,78	20	2,34	3,90	
0,63	17	1,89	3,70	
		12,60		56,07

3e *série* (sans excitation).

1,50	37	4,50	4,15	
0,57	16	1,71	3,56	
0,53	14	1,59	3,78	
0,40	11	1,20	3,63	
		9,00		40,05

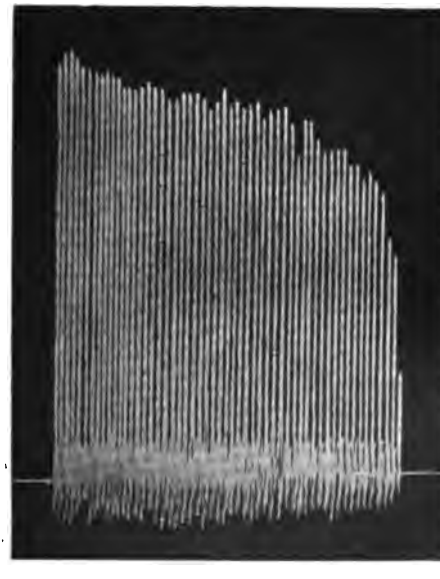


Fig. 18. — Premier ergogramme de la première série de l'expérience VI
Effet déprimant de l'action prolongée du tabac.

4e *série* (sans excitation).

1,11	27	3,33	4,11	
0,30	9	1,08	4,00	
0,27	9	0,81	3,00	
0,26	8	0,78	3,25	
		6,00		26,70

5e *série* (sans excitation).

0,82	21	2,46	3,90	
0,30	8	0,90	3,75	
0,34	9	1,02	3,77	
0,27	8	0,81	3,37	
		5,19		23,09

6e *série* (sans excitation).

0,74	18	2,22	4,11	
0,35	9	1,05	3.88	
0,22	7	0,66	3,14	
0,20	6	0,60	3,33	
		4,53		20,16

7e *série* (sans excitation).

0,41	11	1,23	3,72	
0,36	11	1,08	3,27	
0,31	9	0,93	3,44	
0,24	8	0,72	3,00	
		3,96		17,71

8e *série* (sans excitation).

0,29	9	0,87	3,22	
0,27	9	0,81	3,00	
0,25	8	0,75	3,12	
0,20	6	0,60	3,33	
		3,03		13,48

9e *série* (sans excitation).

0,21	7	0,63	3,00	
0,29	7	0,87	4,14	
0,17	5	0,51	3,40	
0,16	5	0,48	3,20	
		2,49		11,08

Pendant le repos suivant de cinq minutes, on fume de nouveau une cigarette continuée pendant la dixième série.

10e *série* (en fumant).

5,13	141	15,39	3,60	
3,07	85	9,21	3,61	
3,06	92	9,18	3,32	
3,10	93	9,30	3,33	
		43,08		191,27

11e *série* (sans excitation).

0,25	8	0,75	3.12	
0,15	5	0,45	3,00	
0,15	5	0,45	3,00	
0,14	5	0,42	2,80	
		2,07		9,21

Pendant le repos suivant, on fume une cigarette continuée pendant la série 12.

12e *série* (en fumant).

5,09	142	15,27	3,58	
1,39	34	4,17	4,08	
0,31	9	0,93	3,44	
0,18	5	0,54	3,60	
		20,91		93,05

13e *série* (sans excitation).

0,14	6	0,42	2,33	
0,10	4	0,30	2,50	
0,08	4	0,24	2,00	
0,07	3	0,21	2,33	
		1,17		5,20

En doublant la durée de l'excitation, nous voyons déjà la dépression des forces se manifester au premier ergogramme, et le travail total des 9 premières séries tombe à 63,77 au lieu de 96,06 dans l'expérience précédente. La répétition de l'excitation dans la fatigue, donne une plus-value bien supérieure (43,08 au lieu de 32.70). Après la seconde répétition de l'excitation, la plus-value ne se produit plus que pendant le premier ergogramme, la fatigue est déjà revenue au second.

Expérience VII. — On commence à fumer 15 minutes avant le travail et on continue pendant la première série d'ergogramme (trois cigarettes).

Hauteur totale	Nombre de soulèvements	Travail en kilogrammètres	Hauteur moyenne	Rapport du travail au travail normal
		1re *série* (en fumant).		
1,16 (*fig.* 19)	26	3,48	4,46	
0,50	13	1,50	3,84	
0,40	11	1,20	3,63	
0,29	8	0,87	3,62	
		7,05		31,37
		2e *série* (sans excitation).		
0,84	20	2,51	4,20	
0,42	11	1,26	3,81	
0,34	9	1,02	3,77	
0,37	9	1,11	4,11	
		5,91		26,30
		3e *série* (sans excitation).		
0,76	17	2,28	4,47	
0,42	11	1,26	3,81	
0,38	10	1,14	3,80	
0,28	8	0,84	3,50	
		5,52		24,56
		4e *série* (sans excitation).		
0,30	7	0,90	4,28	
0,26	8	0,78	3,25	
0,24	7	0,72	3,42	
0,23	7	0,69	3,28	
		3,09		13,75
		5e *série* (sans excitation).		
0,30	8	0,90	3,75	
0,28	8	0,84	3,50	
0,28	8	0,84	3,50	
0,20	6	0,60	3,33	
		3,18		14,15

6e *série* (sans excitation).

0,29	7	0,87	4,14	
0,26	9	0,78	2,88	
0,21	6	0,63	3,50	
0,18	5	0,54	3,60	
		2,82		12,55

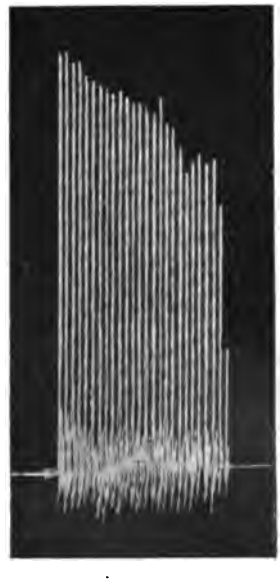


Fig. 19. — Premier ergogramme de la première série de l'expérience VII. Effet plus déprimant de l'action plus prolongée du tabac.

7e *série* (sans excitation).

0,22	7	0,66	3,14	
0,22	7	0,66	3,14	
0,16	5	0,48	3,20	
0,16	5	0,48	3,20	
		2,28		10,14

8e *série* (sans excitation).

0,22	6	0,66	3,66	
0,20	6	0,60	3,33	
0,16	6	0,48	2,66	
0,13	4	0,39	3,25	
		2,13		9,47

9e *série* (sans excitation).

0,21	6	0,63	3,50	
0,14	5	0,42	2,80	
0,16	5	0,48	3,20	
0,13	5	0,39	2,60	
		1,92		8,54

Pendant le repos suivant de cinq minutes on fume une cigarette que l'on continue pendant la 10e série.

10e *série* (en fumant).

6,22	170	18,66	3,65	
4,08	119	12,24	3,42	
3,41	98	10,23	3,48	
3,37	99	10,11	3,40	
		51,24		228,03

11e *série* (sans excitation).

0,17	5	0,51	3,40	
0,12	4	0,36	3,00	
0,12	4	0,36	3,00	
0,08	4	0,24	2,00	
		1,47		6,54

Pendant le repos suivant on fume une cigarette que l'on continue pendant la 12e série.

12e *série* (en fumant).

1,11	26	3,33	4,26	
0,57	14	1,71	4,07	
0,35	10	1,05	3,50	
0,24	7	0,72	3,42	
		6,81		30,30

13° *série* (sans excitation).

0,17	5	0,51	3,40	
0,09	4	0,27	2,25	
0,10	4	0,30	2,50	
0,08	3	0,24	2,66	
		1,32		5,87

La prolongation de l'excitation a encore augmenté la dépression primitive, et le travail total des 9 premières séries est tombé à 33 kg. 90. La répétition de l'excitation au cours de la fatigue, plus marquée a donné une plus value encore supérieure à celle de l'expérience précédente, mais la dépression s'est accentuée à la série suivante. La troisième excitation n'a plus donné qu'un relevement insignifiant du travail.

En somme, le tabac à fumer ne produit qu'une excitation tout à fait éphémère, plus marquée dans la fatigue. Ce peu de durée de l'excitation entraîne sa répétition, et l'habitude, qui constitue un besoin, dont la satisfaction aboutit à un déficit immédiat de l'énergie, sans compter les chances d'intoxication.

Rares sont ceux qui sont capables d'utiliser, à leurs dépens d'ailleurs, l'excitation passagère de l'alcool et du tabac pour un travail de choix. Le coup de fouet que donnent ces excitants est néfaste quand il s'agit du travail forcé réglé d'avance et toujours le même.

L'influence de l'alcool et du tabac sur le travail physique ou intellectuel, comme celle des autres excitants, n'est qu'une part de leur action. Ils n'agissent pas seulement sur l'innervation des organes moteurs; ils agissent aussi sur l'innervation des viscères et sur leurs fonctions, et en particulier sur les sécrétions de l'appareil digestif; pris en petites quantités après les repos, ils constituent en réalité des condiments rétroactifs qui excitent les secrétions tout en masquant la fatigue digestive. Tous les excitants peuvent être considérés comme utiles tant qu'ils favorisent les fonctions de nutrition : pas de vie, sans irritation; mais à ce point de vue encore il est trop facile de dépasser ce qui suffit pour qu'il soit permis d'encourager les excitations artificielles. Les effets des excitations artificielles en général sur l'activité motrice et sur

l'activité intellectuelle nous montrent qu'elles provoquent un véritable surmenage suivi d'une dépression corrélative. On n'a pas de bonnes raisons de croire qu'elles agissent autrement sur les activités viscérales.

PATHOLOGIE NERVEUSE

Hospice de Bicêtre. — Service du Dr J. Séglas

Contribution à l'étude des Stéréotypies

Par Albert CAHEN, interne des hôpitaux.

I. — D'une façon générale, les troubles moteurs chez les aliénés sont bien étudiés. C'est que, depuis longtemps, on a reconnu les liens qui unissaient les phénomènes somatiques aux phénomènes psychiques. Toutefois, une variété de mouvements est passée quelque peu sous silence au moins dans les travaux français : ce sont les *stéréotypies*. Ordinairement confondues avec les tics ou les spasmes, les chorées ou les actes impulsifs, elles méritent pourtant de former un groupe à part, moins par leur rareté que par leur importance psychologique.

C'est Guislain[1], qui le premier a décrit des cas semblables dans sa leçon sur la « folie », sans toutefois leur donner le nom de stéréotypies. Celles-ci sont citées également par Esquirol[2], Tardieu[3], Morel[4], Griesinger[5]. Dans le traité de

[1] Guislain. *Leçons orales sur les phrénopathies*. Helbelinck, Gand, 1852, tome I, p. 224 et *seq*.

[2] Esquirol. *Mal. mentales*, t. I.

[3] Tardieu. *Traité de médecine légale*.

[4] Morel. *Traité des Mal. mentales*, p. 360.

[5] Griesinger. *Mal. mentales*, p. 285.

Dagonet[1], dans l'article « Folie » de Cotard[2], elles sont nettement dénommées. Enfin M. A. Marie[3] en a cité quelques observations dues à notre maître M. Séglas, qui nous a inspiré ce travail et nous a grandement aidé à son accomplissement.

En Allemagne et en Autriche, on les trouve citées et dénommées dans les ouvrages classiques de Schüle[4], de Meynert[5], d'Hagent[6], de Wernicke[7], de Krafft Ebing[8]. Krœpelin[9] en parle dans la partie générale de sa « Psychiatrie » et y revient à propos de la catatonie. Kahlbaum[10] y revient à plusieurs reprises dans son ouvrage fameux sur la « Catatonie ». Enfin Binder[11], dans une leçon, donne une étude spéciale des stéréotypies, particulièrement dans la catatonie.

En Italie, Morselli[12] en fait également mention. Deux études importantes, qui nous ont beaucoup servi dans ce travail, ont paru dans deux revues de psychiatrie italienne : l'une est due à Brugia et Marzocchi[13], l'autre à

[1] Dagonet. *Traité des Mal. mentales*. Paris, 1894.

[2] Cotard. Art. *Folie. Dict. encyclopédique des sciences médicales de Dechambre.*

[3] A. Marie. *Etude sur quelques symptômes des délires systématisés et sur leur valeur*, O. Doin. Paris, 1892, 144 p.

[4] Schüle. *Traité des Maladies mentales*, traduit par J. Dagonet et Duhamel, Paris.

[5] Meynert. *Klinische Vorlesungen über Psychiatrie*. Braumüller Wien. 1 vol., 304 p., p. 57 et 58.

[6] Hagent. Cité par Binder.

[7] Wernicke. *Die paranoischen Zustände*. Leipzig, 1896, IIe partie.

[8] Krafft-Ebing. *Traité clinique de psychiatrie*, traduit sur la 5e édition allemande par le Dr Emile Laurent. 1 vol. 758 p. Maloine, Paris, 1897.

[9] Kræpelin. *Psychiatrie*, en 2 volumes, 6e ed. J. A. Barth. Leipzig. 1899, t. I, p. 215 et t. II, p. 159.

[10] Kahlbaum. *La Catatonie*. Voir Séglas et Chaslin. *Revue générale, Arch. de Neurologie*, 1888, no 44 et 45.

[11] Binder. *Ueber motorische Storungen stereotypen Charakters bei Geisteskranken mit besonderer Berücksichtigung der Katatonie*. Leçon du 19 février 1886. Archiv. für Psychiatrie und Nervenkranckheiten, t. XX. Berlin, 1889, p. 628-644.

[12] Morselli. *Séméiologie des Maladies mentales*, vol. II, p. 826.

[13] R. Brugia et S. Marzocchi. *Dei movimenti sistematizzati in alcune forme di indebolimento mentale. Archivio italiano per le malatie nervose e più particolarmente per le Alienazioni mentali.* (Organe de la Société de psychiatrie italienne). Milan, sept. 1887. Fasc. V. Anno XXIV.

Ricci[1]. Enfin, Mondio[2], tout récemment a fait paraître un article sur la question.

Malgré ce nombre de travaux, les stéréotypies sont restées dans l'ombre. Nos connaissances sont assez confuses sur ce sujet. Cela tient en grande partie à ce que l'on ne s'entend pas bien sur ce qu'on doit appeler stéréotypies.

La plupart des auteurs (même Binder et Krœpelin) ne donnent pas de définition des stéréotypies. Ricci, d'une part, Brugia et Marzocchi de l'autre, font seuls exception. Le premier dit : « ce sont des mouvements automatiques, de longue durée, qui consistent à répéter les mêmes actes musculaires longtemps, fréquemment, toujours de la même façon, mouvements qui, produits par des motifs obscurs ou peu clairs se prolongent ensuite au delà d'un besoin quelconque ». — Brugia et Marzocchi les appellent « mouvements systématisés » et disent que ce sont « des mouvements circonscrits, souvent rythmiques et coordonnés, qui s'accomplissent sans le concours de la volonté, mais qui peuvent pourtant à un certain degré être sous la détermination de la volonté, qui ne correspondent à aucun but extérieur, quoiqu'ils aient l'apparence de mouvements intentionnels, et qui servent à suppléer à l'absence de toute activité proprement volitive, en servant de décharge aux états d'excitation de l'organe cérébral. »

Nous croyons que la définition de Ricci est trop vague et trop large, puisqu'elle comprend « tous les mouvements qui se répètent longtemps »; celle de Brugia et Marzocchi nous semble trop préjuger de la nature des stérotypies. Aussi proposerons-nous la définition suivante : *Les stéréotypies sont des attitudes, des mouvements, des actes de la vie de relation ou de la vie végétative, qui sont coordonnés, qui, n'ayant rien de convulsif, ont au contraire l'apparence d'actes intentionnels ou professionnels, qui se*

[1] C. Ricci. *Le stereotypie nelle demenze e specialmente nelle demenze consecutive.* (*Rivista sperimentale di Freniatria e medicina legale delle alienazioni mentale.* 1899, vol. XXV. Fasc. I et II.)

[2] Mondio. *Hérédité et dégénérescence dans le développement de la démence consécutive et dans celui des stéréotypies que l'on y rencontre.* La démence consécutive mérite-t-elle un chapitre particulier en nosographie mentale? (*Rivista mentale di neuropatologia et psychiatra.* Rome, 1900. N° 4 et 5.

répètent longtemps, fréquemment, toujours de la même façon, qui, au début, sont conscients, volontaires et qui deviennent plus tard automatiques et subconscients par le fait même de leur longue durée et de leur répétition.

II. — Les classifications données des stéréotypies sont aussi peu nombreuses que les définitions.

Binder, après les avoir étudiées dans la catatonie (stéréotypies de l'attitude), examine successivement : 1° les stéréotypies du langage, 2° les stéréotypies des différentes parties du corps, 3° les stéréotypies de la marche, 4° certains actes automatiques (?). Il ne s'agit pas là d'une vraie classification ; c'est seulement pour citer quelques exemples que Binder a mis « ces têtes de chapitre ».

Dans le travail de Brugia et Marzocchi, nous trouvons une classification basée sur l'idée même que ces auteurs se font de la nature des stéréotypies. Celles-ci sont des réactions automatiques qui résultent d'excitations d'origine interne portant sur les centres nerveux. Se basant sur la nature de l'excitation qui met en jeu l'automatisme des centres nerveux, les auteurs ont édifié la classification suivante :

La stéréotypie est de nature	dynamique	1° par irritation locale des centres corticaux du mouvement.	Automatisme cérébral primitif.
		2° par excitation qui va directement des cellules des ganglions sensoriels de la base et du bulbe vers les centres moteurs.	
		3° par excitation qui des zones senso-idéatives va rejoindre les centres du mouvement.	Automatisme cérébral secondaire.
	statique	Par des stimulus représentés par les « résidus de mouvement [1] ».	Automatisme cérébro-spinal.

Cette classification repose surtout sur des vues théoriques et quelque peu hypothétiques.

Plus simple et plus clinique est la classification de Ricci. Cet auteur étudie successivement les stéréotypies de l'attitude ou *akynétiques*, les stéréotypies du mouvement ou *parakynétiques*, les stéréotypies dans les actes ou stéréo-

[1] Les auteurs appellent ainsi les actes de la mémoire organique.

typies *dyspraxiques*. Pour exposer ses observations, il dresse le tableau suivant :

Stéréotypies	I. Attitudes akynétiques.	1° Position de repos indifférent.
		2° Position de repos expressif. { *a*. debout. *b*. à genoux.
		3° Durant le sommeil.
	II. Mouvements parakynétiques.	1° Mouvements d'une partie déterminée du corps.
		2° Grincement de dents.
		3° Balancement de la personne.
		4° Mouvements d'origine symbolique.
		5° Mouvements de déambulation.
		6° Stéréotypies verbales et phonétiques.
	III. Actions dyspraxiques.	1° Stéréotypies dans la manière de se baigner.
		2° Stéréotypies dans la manière de se vêtir.
		3° Stéréotypies dans la manière de manger.
		4° Clastomanie.
		5° Crouomanie.
		6° Talpofilie.
		7° Collectionisme.

Cette classification nous paraît susceptible de quelques critiques. Par exemple, si nous nous reportons à notre définition de la stéréotypie, le grincement des dents des paralytiques généraux, le balancement des idiots ou des vieux déments peuvent-ils être vraiment considérés comme des stéréotypies? D'autre part, si la clastomanie, la crouomanie, la talpofilie, le collectionisme[1] peuvent dans quelques cas être des stéréotypies, ne peuvent-ils pas être considérés bien souvent aussi comme des actes impulsifs ou purement instinctifs? Enfin, les deux groupes de stéréotypies dispraxiques et parakynétiques ne nous paraissent pas bien distincts :

[1] Voici entre autres un exemple de collectionisme vraiment stéréotypé que nous devons à l'obligeance de notre maître M. Séglas :

Une malade persécutée, ayant des idées mégalomaniaques et de richesse, se met à ramasser des cailloux brillants, qu'elle collectionne comme bijoux de prix. Elle ramasse à terre tout ce qui a quelque éclat. Avec le temps, les idées délirantes deviennent moins précises, la démence commence à apparaître. A ce moment, la malade continue à ramasser tout ce qui est à terre, mais sans plus faire de distinction (cailloux, pierres, terre, morceaux de papier).

Quand la déchéance psychique a été complète, elle n'a plus rien ramassé du tout; mais elle a continué, en se promenant dans le jardin, à se baisser et à faire le geste de ramasser, sans souvent recueillir la moindre pierre et en s'immobilisant pendant quelques instants dans la position accroupie.

les unes comme les autres se rapportent en définitive à des mouvements qui ne diffèrent que par leur caractère plus ou moins complexe.

Aussi, proposerons-nous de simplifier la classification de Ricci et de diviser seulement les stéréotypies en deux variétés : 1° *Les attitudes stéréotypées ou stéréotypies akynétiques;* 2° *Les mouvements stéréotypés ou stéréotypies parakynétiques.* Et nous considérons qu'on peut ranger les différentes stéréotypies dans l'ordre suivant :

A. Attitudes (*Stéréotypies akynétiques*).	1° Dans le décubitus. 2° Dans la station debout. 3° Dans la station assise.
B. Mouvements et actes. (*Stéréotypies parakynétiques*).	1° D'une partie déterminée du corps. 2° De tout le corps. 3° Dans la marche. 4° Dans le langage parlé. 5° Dans le langage écrit *a.* écriture. *b.* dessin. 6° Dans la mimique, les gestes.

Ces différentes stéréotypies peuvent se combiner entre elles ou coexister chez un même sujet.

A. Stéréotypies akynétiques. — Les stéréotypies akynétiques sont assez nombreuses parce qu'en réalité elles s'associent souvent aux autres variétés de stéréotypies. Il n'est pas rare en effet qu'un malade présente en même temps qu'un mouvement du corps tout entier une attitude spéciale répondant à ce mouvement. Nous en verrons des exemples dans la suite. Cependant il existe des cas de stéréotypies akynétiques proprement dites, c'est-à-dire où seule l'attitude est stéréotypée. Cela peut se voir dans toutes les positions des aliénés, qu'ils soient couchés, debout, assis. En voici quelques exemples :

1° *Stéréotypie dans le décubitus.* — Une malade se tient constamment couchée; elle ne veut pas bouger, quoiqu'on fasse. Si on lui en demande la raison, elle répond qu'elle a une machine infernale dans le ventre.

2° *Stéréotypie dans la station debout.* — R... (dont l'observation est citée plus loin) est un ancien gymnaste. Lorsqu'il se met au repos, il prend cette position assez familière aux gymnastes : la tête haute, le poing droit fermé sur la

hanche, la jambe droite croisée devant la gauche, le pied droit relevé verticalement.

3° *Stéréotypie dans la station assise.* — Un malade (cité par Binder) s'assied par terre toute la journée, balance continuellement son tronc, passe son temps à boutonner et à déboutonner ses vêtements.

B. Stéréotypies parakynétiques. — Non moins variées sont les stéréotypies dans les mouvements ou stéréotypies parakynétiques. — Elles sont très nombreuses, ce qui se conçoit très facilement si l'on songe au nombre infini de mouvements qui peuvent être faits soit par une partie du corps, soit par tout le corps. Binder, Brugia et Marzocchi, Ricci, A. Marie en ont publié un grand nombre d'observations. On en trouvera d'autres dans la suite. Nous nous bornerons à citer ici quelques exemples pris dans le service de M. Séglas.

1° *Mouvement stéréotypé d'une partie déterminée du corps.* — Q... Auguste, trente-cinq ans, estompeur, entré à Bicêtre le 23 mai 1891. Dès son entrée, on a noté qu'« il répète continuellement avec ses mains les gestes que font les estompeurs[1]. »

Actuellement (décembre 1900) il est tombé dans la démence complète. Il comprend pourtant ce qu'on lui dit, mais ses réponses ne sont le plus généralement qu'une suite de mots incompréhensibles. Toute la journée, quelque position qu'il occupe, qu'on essaie de lui parler ou non, il accomplit son ancien geste professionnel d'estompeur ou du moins ce geste s'est simplifié, car, en réalité, il ne fait plus qu'agiter l'un ou l'autre de ses doigts. Si on lui demande ce qu'il fait, il répond en quelques termes incohérents « qu'il travaille pour faire marcher la terre par les aiguilles, etc... ».

2° *Mouvements stérotypés de tout le corps.* — R... vingt-six ans, ancien gymnaste, verrier, entré à Bicêtre en 1893 avec le certificat suivant « Excitation maniaque. Désordre dans les idées et dans les actes. Agitation incessante avec cris, chants, déclamations... » P. Garnier. — Le 20 décembre 1898, M. Deny fournissait le certificat trimestriel :

[1] Ph. Chaslin. La confusion mentale primitive. *Annales médico-psychologiques.* 50e année. 1892. 7e série, t. XVI, p. 225-273. On trouvera là une observation complète de ce malade.

« Dégénérescence mentale avec excitation. Désordre complet dans les idées et dans les actes. »

Actuellement c'est un *dément précoce*. En fait on voit que le malade exécute constamment des mouvements habituels aux gymnastes. Nous avons vu plus haut sa position à l'état de repos. Ajoutons qu'il met constamment sa veste dans son pantalon, ses pantalons dans ses souliers, qu'il se serre les poignets avec des tresses.

Il n'est presque jamais tranquille. On le voit sauter les escaliers, grimper après les arbres, les colonnes, les grilles, faire des mouvements rythmiques et réguliers avec ses bras, et dans ces mouvements on reconnaît encore des exercices de gymnastique. Il présente dans le langage une autre stéréotypie. Ainsi il répète constamment ces mots : « M'sieu, Madame », disant par exemple : « Bonjour, M'sieu Madame. Donnez-moi une cigarette, M'sieu Madame. »

3° *Stéréotypies dans la marche*[1]. — Un malade se promène constamment dans un endroit déterminé, dans un couloir ou bien il parcourt la même allée d'une manière si uniforme que les traces de ses pas forment un sentier. Il marche « pour faire perdre sa piste. » D'autres malades scandent leurs pas de paroles (voir plus loin l'observation du gémisseur de Morel). Un autre fait plusieurs pas en avant puis en arrière.

En général dans tous ces cas, les malades ne peuvent pas dire au juste pourquoi ils marchent de telle ou telle façon ; en fait, il y a ou il y a eu un motif ; mais ce motif a disparu et l'acte est passé à l'état d'habitude automatique que le malade n'explique plus.

4° *Stéréotypies dans le langage parlé*. — Les stéréotypies dans le langage parlé sont d'ordres différents. Certains individus *sifflent* constamment une phrase musicale, telle que celle notée dans le travail de M. A. Marie (p. 61). D'autres *chantent* en dansant constamment, comme autrefois dans le théâtre antique. Il y a enfin les stéréotypies dans les *paroles* ordinaires. Ces stéréotypies peuvent être en rapport avec le thème délirant principal.

[1] On pourrait supprimer cette classe de mouvements stéréotypés et la faire rentrer dans les mouvements d'une partie du corps. Nous maintenons toutefois cette division, à cause du grand nombre de stéréotypies existant dans la marche et surtout parce que la marche est à la fois un mouvement partiel et un mouvement total du corps.

Une femme internée à la Salpêtrière termine toujours ses phrases par « en tout et pour tout ». Une malade de M. A. Marie[1] commençait toutes ses phrases par « Araken-Doken-Zoken. » Quelquefois les stéréotypies du langage sont des réactions de défense. Une persécutée chronique et mégalomane[2] attache une certaine influence à certains mots qu'elle croit devoir neutraliser par d'autres. En particulier, si elle entend dire « vendredi malheur 13 » elle s'empresse d'ajouter « samedi bonheur 14 ».

Enfin, il faut citer comme stéréotypies certains néologismes que créent les persécutés pour exprimer d'une manière précise ses convictions erronnées. Ces néologismes « fixent sa pensée... Le mot dit tout... Une persécutée qui se plaint qu'on la regarde de travers se dit en but aux poursuites des « Reluquets ». Une autre, souffrant de troubles de la sensibilité générale, se plaint de sensations douloureuses le long de l'épine dorsale, qu'elle attribue aux agissements d'un forçat « *épine dorsalier* » (Séglas).

Au bout d'un certain temps, le lien d'association qui reliait l'idée première au néologisme qui devait l'exprimer, disparaît; et le malade ne peut plus guère expliquer le sens du langage spécial dont il continue à se servir.

Nous devons rapprocher de ces stéréotypies du langage le *mutisme stéréotypé*. Un malade garde le silence pour expier des fautes imaginaires qu'il se reproche. D'autres se taisent pour ne pas compromettre un ami en parlant. Ce mutisme en pareil cas est véritablement un acte stéréotypé.

5° *Stéréotypie dans le langage écrit.* — Le langage écrit comprend l'écriture et le dessin. Dans les deux cas, nous allons rencontrer des stéréotypies diverses mais assez semblables à celles du langage parlé. Nous en trouvons d'abord un certain nombre qui sont en rapport avec le délire. Tel est le cas d'un malade du service de M. Séglas.

S... Antoine est entré à Bicêtre en novembre 1894 avec le diagnostic de délire de persécution. Depuis cette époque, son délire a peu changé. Les idées de persécution prédominent toujours, à peu près sous la même forme, mais des idées de grandeur sont appa-

[1] Cit. par J. Séglas. Les troubles du langage chez les aliénés. Rueff. Paris, 1892 (1 vol. de 304 p.), p. 63.

[2] Marie, *loc. cit.*, p. 36.

rues. Il est prophète, roi. Le contour de son royaume est tracé sur une tache qu'il porte sur son cou. Il est averti de tout d'avance, parce qu'on lui fait comprendre par l'Esprit,

Quatre anciens sous-officiers de son régiment, qui sont peut-être les quatre sergents de la Rochelle, lui en veulent. C'est eux qui le font parler écrire, l'obligent à se casser la tête et à écrire avec son sang s'il résiste.

Ses écrits offrent de beaux types de stéréotypie. Depuis des années, en effet, il envoie régulièrement chaque semaine des lettres volumineuses. L'enveloppe, qu'il timbre toujours, porte invariablement l'adresse suivante :

Lettre, Papiers d'Affaires.

A Messieurs les Professeurs de l'Ecole de Droit de Paris,

Monsieur Alglave et à Messieurs les Ministres et Députés (et à qui de droit),

Chambre des députés,

Paris (Seine).

Ces lettres, qui comprennent au moins une vingtaine de pages, sont écrites sur papier ministre. Elles sont adressées d'abord aux personnes inscrites sur l'enveloppe et en plus « aux principaux représentants de chacune des nations de l'univers entier, soit à tout roi et sujet.... (ici quelques mots illisibles sur toutes les lettres) de avant 1300 ou de 1800 et de naissance dans les intervalles d'année de 1800 à 1870-1871 et après 1870-71 et à qui de droit (armées, polices, cultes, religions de l'univers entier). » Ces lettres commencent toujours par « Je fais connaître que hier... »

Dans cette lettre, il y a toujours des lignes en blanc recouvertes de traits, de tirets. — La page 13 est toujours laissée en blanc. Constamment il y a des accolades simples, doubles, triples. Enfin il y en a qui sont écrites en rouge. Ce sont celles qui sont tracées avec son sang. La signature est invariablement la même : De Senez de Mésange. Grand prince Napoléon, grand prince de sang royal et impérial de l'univers entier, grand amiral, grand maréchal de mes armées, polices... grand procureur de la République royale et impériale, grand président de la République, grand pape, grand duc, grand roi, grand empereur. — Jupiter, Louis XIV et Louis XV.

D'autres fois la stéréotypie est en rapport avec d'autres idées délirantes. C'est un moyen de défense qu'emploie le malade pour se débarrasser de ses persécuteurs. Dans les

écrits d'une aliénée « il y a répété sept fois en deux pages la phrase « Dieu et son droit, maudit dans tout ce qu'il y a de plus maudit qui mal y pense... C'est une sorte de conjuration, de formule cabalistique permettant à cette persécutée de se défendre contre l'attaque de l'esprit du mal[1] ».

Enfin, dans quelque cas l'écriture stéréotypée est complètement modifiée : les aliénés emploient une écriture hiéroglyphique, comme ils emploient des néologismes. « Une malade[2], depuis la guerre du Tonkin, croit jouer un rôle dans la conquête de cette colonie, et ne se sert plus pour écrire que de caractères qui rappelent ceux que l'on voit sur les boîtes à thé. »

Etant donné le rapport étroit qui existe entre l'écriture et le dessin, on ne sera pas étonné de trouver dans les dessins des aliénés des stéréotypies d'ordres semblables à celle de l'écriture. Les unes en effet sont en rapport avec leur thème délirant. Ils y peignent leurs tortures, les scènes de leur existence, les portraits de leurs persécuteurs.

Une persécutée, que nous avons observée il y a deux ans, dans le service de notre maître M. Gilbert Ballet, passe maintenant sa journée à faire de la tapisserie. Celle-ci représentait toujours les mêmes personnages qui lui ont fait subir, pense-t-elle, toutes sortes de souffrances et continuent maintenant à la persécuter.

D'autres fois, on rencontre des dessins absolument incompréhensibles comme précédemment les hiéroglyphes. Un de nos malades avait dessiné une « planche d'âme », dessin qu'il répète à l'infini, toujours de la même façon et qu'il a la prétention d'expliquer sans jamais y parvenir.

6° *Stéréotypies dans la mimique et les gestes.* — Outre le langage parlé ou écrit, nous pouvons encore communiquer avec nos semblables par le langage mimique. Nous avons déjà donné des exemples de gestes, d'attitudes, de physionomie. On en verra d'autres dans la suite. Aussi ne faisons-nous que les signaler ici.

III. — La forme typique des stéréotypies se trouve dans les délires systématiques. Aussi les prendrons-nous comme

[1] J. Seglas. *Troubles du langage*, p. 230.

[2] J. Seglas. *Id.*, p. 241.

exemple pour expliquer leur pathogénie. D'abord, comment naissent-elles?

Lorsqu'on observe une stéréotypie au début et que l'on recherche les causes psychiques qui ont pu lui donner naissance, on trouve d'ordinaire qu'elle est *provoquée par une idée délirante*. C'est là un point sur lequel Wernicke a tout particulièrement insisté, et nous avons eu maintes fois l'occasion de vérifier pour notre part l'exactitude de cette opinion. Toutes les idées délirantes peuvent en être la cause provocatrice. Or, dans les délires systématiques, on trouve des idées délirantes diverses : idées de persécution, hypochondriaques, mystiques, de grandeur, de défense.

Voyons d'abord dans quelle mesure chacune d'elles peut occasionner une stéréotypie. Il est relativement rare que les *idées de persécution* donnent à *elles seules* et *par elles-mêmes* des stéréotypies. Assurément, le fait se rencontre mais assez peu fréquemment. Un malade se replie sur lui-même, fait continuellement des contorsions, parce qu'on l'électrise.

Un autre[1], observé par M. Seglas, présentait plusieurs tics « l'un consistait à fermer d'une façon saccadée les yeux en allongeant rapidement le bras droit et en prononçant une série de mots incompréhensibles; l'autre était un tic aérophagique, caractérisé par un ensemble de mouvements de déglutition très rapides, accompagnés d'un bruit pharyngien et suivis d'une éructation sonore et prolongée. Ces différents mouvements se produisaient plusieurs fois par minute pendant un certain temps sous forme d'une sorte de décharge convulsive. La malade prétendait exécuter ces mouvements malgré elle, en dehors de sa volonté. Ce sont, disait-elle, les sorciers qui les lui font accomplir, absolument comme ils lui font fermer les yeux ou prononcer des mots qu'elle ne comprend pas en lui remuant la langue à leur fantaisie. »

Non moins rares sont les stéréotypies causées par des *idées hypochondriaques*, accompagnant un délire systématisé. A titre d'exemple, on peut pourtant citer comme actes stéréotypés les malades qui restent immobiles parce qu'ils se croient de verre.

[1] J. Séglas. Paralysie générale et tic aérophagique. *Semaine médicale*, n° 2, p. 9, 11 janvier 1899.

Les *idées délirantes mystiques* occasionnent aussi quelquefois des stéréotypies. Une mystique restera à genoux des heures entières. Une autre (obs. 52 de A. Marie) dans ses écrits souligne de trois croix toutes les épithètes s'adressant aux destinataires imaginaires de ses épitres; elle emploie souvent aussi le point d'exclamation trois fois répété.

Les *idées de grandeur* sont plus souvent le point de départ de ces phénomènes. Voici un exemple fourni à M. A. Marie par M. Séglas. Une débile se croit reine; elle a les Tuileries. Elle répète continuellement la même phrase : « Je suis la couronne de France Zazie. » Cela est modulé et scandé, en même temps qu'elle lève le bras par un geste uniforme. Cette incantation est précédée d'une sorte de sommation préalable « cinq fois cinq vingt-cinq » par exemple.

Mais de toutes les idées délirantes, celles qui le plus souvent provoquent des stéréotypies sont certainement les *idées de défense*. Nous pourrions reprendre et citer les observations que M. A. Marie a publiées dans son mémoire déjà cité. Presque toutes les observations relatent des stéréotypies comme phénomènes réactifs. Nous n'en choisissons que quelques-unes des plus typiques.

Une ancienne religieuse (obs. 30) voit fréquemment Jésus-Christ la poursuivre de propositions inconvenantes. Elle ne réussit pas toujours à y échapper, malgré ses efforts défensifs. Elle se plaint surtout de coïts ab ore auxquels on l'oblige; aussi crachote-t-elle continuellement pour rejeter le sperme absorbé. Ces phénomènes s'accompagnent d'orgasme vénérien spontané.

Un autre (obs. 9) (délire de persécution durant depuis huit ans) tient constamment entre ses dents un fragment de verre à angles émoussés et sous ses pieds des morceaux de vitre. Il a inventé le « système du coussinet isolateur » pour se défendre de l'électricité que ses ennemis lui envoient pour le faire souffrir. Voici une autre observation citée par M. Séglas[1].

Une systématique de quarante-sept ans, persécutée depuis 1880 raconte qu'en 1883 des « Messieurs » sont apparus pour la guérir. Elle est restée au début longtemps sur une chaise, sans parler, immo-

[1] J. Séglas. *Société médico-psychologique* (Discussion sur le *délire chronique*). Séances des 30 janvier et 27 février 1888.

bile, ne remuant que les doigts 1, 2, 3, *car tout doit aller par trois*... Il lui arrive aussi de cligner les yeux trois fois de suite. Quand elle ne pouvait dormir, elle buvait trois verres d'eau. Les deux premiers ne produisaient aucun effet, mais le troisième l'endormait de suite. Il lui est arrivé aussi de marcher dans un certain sens et dans certaines positions, les bras immobiles ou bien animés d'une sorte de mouvement cadencé, les yeux fixés à une certaine hauteur, et en sifflant un refrain monotone et scandé, puis elle marchait de même en sens inverse, les yeux toujours à la même hauteur, et il ne fallait pas faire plus de pas d'un côté que de l'autre.

Ainsi toutes les idées délirantes peuvent occasionner des stéréotypies. Isolément, prises à elles seules, les idées de persécution, hypochondriaques et mystiques en sont assez rarement la raison. Les idées de grandeur et surtout les idées de défense sont au contraire les deux grandes causes [1]. Mais les idées de grandeur, de défense, de persécution ont chez les systématiques des liens étroits. Aussi peuvent-elles s'adjoindre les unes aux autres pour provoquer une ou plusieurs stéréotypies. En voici un exemple [2].

Une débile a à la fois des idées de persécution et des idées mystiques. Ses idées mystiques lui font accomplir des gestes, « qui se mélangent à des pratiques religieuses avec génuflexions, prières à la Vierge ». Ses idées de persécution ont amené des idées de défense. Pour la récompenser des épreuves que ses ennemis lui ont fait subir et auxquelles elle a résisté grâce à ses « formules excavalatiques », un grand docteur Papanita s'est installé en elle. « Aussi maintenant a-t-elle acquis le don des langues, peut-elle causer dans tous les idiomes connus. Les phrases qu'elle prononce sont alors un assemblage bizarre de syllabes à consonnances burlesques et sonores; elle fait aussi d'un ton emphatique des incantations accompagnées de « signes excavalatiques » pour magnétiser tout ce qui l'entoure ».

Plus tard, elle s'est donnée tous les titres qu'elle attribuait au docteur Papanita, son ancien défenseur imaginaire. Elle répète constamment qu'elle est docteur en médecine, membre de l'Académie. Elle est magnétisée et fait des « signes excavalatiques ».

[1] Cela tient sans doute à ce que les premières se voient au début des délires systématisés, alors que la conscience est encore entière, tandis que les idées de grandeur et de défense apparaissent plus tardivement, quand la volonté et la conscience commencent à disparaître.

[2] A. Marie, *loc. cit.* Obs. VI, due à M. Séglas.

Ainsi, voilà réuni chez une même malade un ensemble d'idées délirantes et de stéréotypies.

Quoi qu'il en soit, on voit que les stéréotypies sont produites au début par une idée délirante. Cette idée est à ce moment pleinement *consciente* et le mouvement ou l'acte, corrélatifs sont aussi conscients. Le malade sait pourquoi il agit, il en donne une raison valable. La stéréotypie est née. Comment, maintenant, va-t-elle évoluer?

D'une manière générale, on peut dire que *les stéréotypies évoluent parallèlement au délire*. Les diverses phases de l'évolution du délire ont été bien tracées par J.-P. Falret[1]. D'après cet auteur, le délire après avoir passé par une phase d'incubation se précise. Le malade est « toujours susceptible de délirer dans une foule de directions, mais l'idée principale à laquelle il s'est arrêté devient le centre commun autour duquel convergent la plupart de ses pensées et de ses réflexions... il arrive petit à petit à une véritable *systématisation* de son délire... Aussitôt que l'idée prédominante est arrivé à un degré complet de développement », le malade n'y ajoute plus rien, il ne cherche plus à l'étayer de preuves nouvelles, « il se borne à la répéter à tout venant, exactement sous la même forme, et avec les mêmes expressions... le délire est *stéréotypé*. »

Les stéréotypies passent par des phases semblables. Quand le délire se systématise, les actes se systématisent également, ils semblent appuyer l'idée délirante qui leur a donné naissance. C'est la période où les stéréotypies se montrent dans toute leur ampleur, où elles sont le plus facile à étudier et à expliquer. Leurs traits sont bien accentués, leur répétition fréquente et le malade a encore une conscience suffisante pour expliquer la finalité de ses actes.

Mais cet état ne dure pas. A la phase de *délire systématisé* succède la phase de *délire stéréotypé*. A cette phase, dit toujours Falret père, « on voit successivement disparaître avec l'activité intellectuelle des périodes précédentes le fonds maladif de la sensibilité sur lequel... s'étaient graduellement développées les idées délirantes. » Alors qu'à cette période, survient la ruine mentale du sujet, les stéréotypies

[1] J. P. Falret. *Leçons cliniques de médecine mentale* (faites à l'hospice de la Salpêtrière). 1re partie, Baillière, Paris, 1854, p. 93.

ne disparaissent pas : elles persistent; mais un élément, présent à la période précédente, vient à faire défaut ; c'est la conscience personnelle qui ne peut plus subsister dans son intégrité chez ce malade dont les facultés intellectuelles sont en voie de déchéance. La synthèse psychique volontaire et consciente, qui rattachait primitivement l'acte à l'idée déterminée, fait place à une simple association automatique. L'idée délirante s'estompe, s'affaiblit ; toutefois elle ne disparaît pas de suite totalement : elle reste subconsciente. En revanche, l'acte ou plutôt sa représentation s'enregistre dans la mémoire organique, cette représentation persiste, se solidifie ; c'est pour cela que l'acte va continuer à se répéter dans la suite. Mais alors, les aliénés ne pourront plus dire le pourquoi de leurs mouvements, de leurs paroles. Ils continueront seulement à les exécuter et ils ne les exécuteront plus volontairement, consciemment, mais par simple habitude; les stéréotypies seront devenues de véritables actes *automatiques*, c'est-à-dire « des actes anciens, déjà exécutés autrefois, qui à un certain moment ont été exactement en rapport avec l'ensemble des circonstances, mais qui aujourd'hui ne sont plus adaptés à la situation présente... En outre de tels actes ne sont pas complètement rattachés à notre personnalité, souvent même ils se produisent en dehors d'elle. Quoiqu'ils ne soient peut-être pas complètement conscients..., ils sont dépourvus de cette conscience personnelle, grâce à laquelle nous nous rendons compte des phénomènes psychologiques, nous les rattachons à notre personne. En un mot, les actes automatiques sont involontaires, non combinés pour la situation présente et plus ou moins subconscients[1] ». Un malade du service de M. Séglas nous offre un exemple typique de la marche qui vient d'être décrite.

B..., est entré en 1891, comme délirant, persécuté. A cette époque on n'a pas remarqué qu'il présentait des mouvements ou des actes bizarres. Un peu plus tard, on a vu que par moments il s'arrêtait dans la cour, regardait le soleil et en même temps faisait tourner ses mains autour d'un axe idéal. A ce moment quand on lui demandait la raison de ce mouvement, il répondait : « Je fais tourner le soleil ». Le malade a fourni cette explication pendant un temps assez long.

[1] Pierre Janet. *Névroses et Idées fixes*, I, p. 398. Alcan, Paris, 1898.

Actuellement devenu dément, il continue à fixer le ciel, à faire tourner ses mains comme autrefois, mais par simple habitude automatique et sans plus pouvoir donner de cet acte familier une explication quelconque.

En résumé quand le délire est systématisé, les actes sont volontaires et conscients, systématisés eux aussi, mais se répétant sous la même forme, c'est-à-dire déjà fixes, stéréotypés. Quand le délire s'est stéréotypé, les actes conservent d'autant plus le même caractère, mais ils s'accomplissent par une sorte d'habitude involontaire, sans même attirer l'attention du sujet, ils sont en un mot devenus automatiques et subconscients.

Nous voyons donc que l'acte contracte avec le délire les rapports les plus étroits. Né d'une idée délirante, il suit une évolution parallèle à celle du délire. Il semble donc bien que c'est le délire qui cause l'acte, qui fait la stéréotypie. Toutefois la théorie contraire a été soutenue : on a prétendu que les actes et les stéréotypies étaient primitifs et que le délire ne venait qu'ensuite pour expliquer l'acte. Cette théorie peut suffire dans certains cas pour interpréter quelques stéréotypies. Dans d'autres cas [1], elle peut se combiner à la première théorie. Mais, d'une part, dans la grande majorité des cas, elle est manifestement insuffisante ; d'autre part, le simple examen des faits nous montre que le délire est en général primitif, et que les actes et les stéréotypies ne viennent que plus tard.

Voilà comment se produisent les stéréotypies dans les cas typiques de délires systématiques [2].

[1] F. Raymond et P. Janet. *Névroses et Idées fixes*, II, Paris, p. 385. Alcan, Paris, 1898.

[2] Nous repoussons donc les autres hypothèses proposées pour expliquer les stéréotypies. Nous avons indiqué plus haut celle de Brugia et Marzocchi. Quant aux autres théories, nous ne ferons que les signaler et les critiquer en quelques mots.

I. Certaines stéréotypies sont des actes reflexes (Binder). Mais un acte reflexe est « une excitation périphérique d'un nerf sensible qui détermine un mouvement de réponse ». Or, les stéréotypies ne sont certainement pas dues toujours aux organes périphériques, ni à la moelle. Elles sont ordinairement d'origine centrale. Donc elles ne sont pas des actes reflexes

II. Les stéréotypies sont des actes ataviques. Ricci, Mondio se basent, pour appuyer leur dire, sur quelques faits rappelant les phénomènes propres aux animaux, aux sauvages, aux enfants (attitude, dandinement,

Nous voyons qu'en réalité, elles se produisent assez tard dans le cours de la maladie. Ce fait s'explique assez facilement. Au début des différentes psychoses, les malades peuvent avoir une conscience, une volonté amoindries, il est vrai, mais encore suffisantes pour empêcher les stéréotypies. Plus tard, il n'en est plus de même. Les malades tendent vers la démence : ils ont alors une vie intellectuelle de plus en plus restreinte, ils n'ont plus d'états de conscience complète : l'habitude, seconde nature, tient lieu de volonté et de raison les actes, les mouvements pour boire, manger, aller, venir se reproduisent par simple habitude, sans que rien vienne faire échec à leur répétition.

En résumé, c'est vers la fin de la maladie mentale que les stéréotypies apparaissent. Il faut donc qu'il existe un certain état d'affaiblissement des facultés psychiques pour qu'elles se produisent.

Cette considération incline déjà à faire penser qu'on peut les rencontrer dans des états vésaniques autres que les délires systématiques. Si l'étude de ces derniers est plus propre à faire pénétrer leur origine, leur mode de développement, on peut les observer cependant dans les diverses formes de démence. C'est ainsi qu'elles ne sont pas rares dans les *démences précoces*. En voici un exemple.

C... âgé de quarante-cinq ans, entre à Bicêtre (service de M. le Dr Séglas) le 15 juin 1900. Il est malade, nous dit son père, depuis l'âge de quinze ans. Avant cette époque il travaillait bien, avait eu un prix de la Ville de Paris à l'école, et avait appris rapidement le métier de peintre.

A la puberté (vers quinze ans) il a eu des étouffements, sans vertiges, sans cri, sans pertes de connaissance, ni attaques de nerfs. Il semblait littéralement asphyxié. Alors pour se soulager, il s'asseyait dans un fauteuil, fléchissait ou défléchissait sa tête, ou la tournait à droite ou à gauche, en ouvrant la bouche pour mieux respirer.

répétition uniforme, rythmique de mots, de gestes). Mais il ne semble pas qu'il s'agisse là, à proprement parler, d'atavisme. Ce qu'on retrouve dans ces exemples, ce sont les instincts ; c'est le fond instinctif qui réapparaît après la perte de la personnalité.

III. Les stéréotypies nous révèlent toujours la *disposition congénitalement faible du cerveau* de l'individu chez lequel elles se montrent (Mondio). Binder a déjà signalé avant lui la dégénérescence dans 70 p. 100 des cas. Mais dire que le cerveau est congénitalement faible n'explique pas la production de la stéréotypie.

A ce moment, il s'agitait beaucoup, battait sa mère, faisait de grands gestes. Il devint orgueilleux, il se trouvait mieux que tout le monde.

Depuis trente ans, son délire a conservé à peu près ces mêmes caractères. Sa morgue n'a pas diminué. Lui seul est bien, intelligent. Il parle avec quelque dédain de Gambetta, de Victor Hugo. Le caractère hautain a amené une vraie stéréotypie d'attitude. Il se tient assis, le buste penché en avant, la tête haute, les mains sur les cuisses, regardant fixement son interlocuteur. Cette attitude est toujours la même, nous dit son père, depuis qu'il est malade.

Il a aussi conservé depuis cette époque sa stéréotypie de la tête et bien qu'il n'ait plus d'étouffements, on le voit fréquemment tourner sa tête ou la fléchir, ordinairement assez brusquement. Puis, au bout de quelque temps, il remet sa tête droite. Ce mouvement, il ne peut l'expliquer à présent. Du reste, ce malade a toujours été très réticent et se trouve maintenant dans un état de démence manifeste.

A propos des démences précoces, il convient de citer la *catatonie,* comme pouvant s'accompagner de stéréotypies. Sans vouloir discuter la valeur ni la réalité de la catatonie, considérée comme entité morbide, on peut pourtant étudier les stéréotypies dans les états catatoniques. Pour la plupart, des psychiâtres, et Binder en particulier, les stéréotypies y sont fréquentes. Mais remarquons qu'au début de l'affection, d'une part, les périodes (mélancolie, attonitæt, manie), sont passagères et que par conséquent les attitudes, les mouvements, les actes changent avec ces périodes ; d'autre part, les gestes et les positions sont variables ; c'est le geste, la position donnée au malade que celui-ci conserve. Au début de la catatonie, il n'y a donc rien qui nous rappelle de près la systématisation, la répétition que l'on est habitué à trouver dans les stéréotypies.

Il n'en est plus de même à la fin de la maladie. Là on peut rencontrer de vraies stéréotypies. Mais alors le malade n'est plus seulement un catatonique, c'est un dément et comme tel il est tout à fait apte à avoir des actes stéréotypés.

Les actes stéréotypés se rencontrent aussi dans les *démences vésaniques secondaires caractérisées* et même dans ces formes d'affaiblissement intellectuel désignées souvent du nom de *délires systématisés secondaires*, indiquant le passage à l'état chronique et l'acheminement à une démence plus complète.

Tel est le cas par exemple du *délire des négations systématique*. Une malade de ce genre, observé par M. Séglas à la Salpêtrière avait fini par ne plus prononcer qu'une seule phrase absolument stéréotypée, résumant presque tout son délire en quelques mots.

Certains de ces malades, ainsi que l'a signalé Cotard, entraînés par leur habitude de négation systématique finissent souvent par réduire tout leur vocabulaire au mot « non » qu'ils répètent à tout propos.

La folie d'opposition si fréquente chez les négateurs et qui résulte d'abord chez eux de leur idée particulière, finit souvent à la longue par devenir chez eux une sorte d'habitude, en vertu de laquelle ils continuent à exécuter leurs actes d'opposition stéréotypée sans plus même songer à en donner une raison quelconque. Une malade de ce genre avait eu en 1897 une conjonctivite. A ce moment elle se frottait constamment les yeux avec ses mains, en même temps qu'elle répétait : « J'ai les yeux trop petits ; je n'ai pas d'yeux... » En 1900, elle a conservé invariablement son attitude négativiste, elle ne se laisse pas approcher, et la famille fait remarquer que son unique préoccupation journalière, c'est de se toucher et de se frotter les yeux[1].

Les stéréotypies sont aussi très marquées dans une autre forme délirante qu'on pourrait rapprocher de la précédente : les *gémisseurs* de Morel[2]. « Il se tenait habituellement assis, la main gauche tordant convulsivement le pan de son habit. Le bras droit continuellement en mouvement répondait au rythme qu'il imprimait à son pied droit avec lequel il frappait le sol. Les yeux étaient convulsivement fermés, il ne desserrait pas les dents et poussait de longs gémissements. Lorsqu'on lui en demandait la raison, il disait : C'est pour conserver mon allure ; il pensait que sans cela ses ennemis avaient droit de mort sur lui. Souvent, ajoute l'auteur, ces malades sont moins explicites et leurs actes comme leur langage ne peuvent être compris que de ceux qui ont assisté à l'évolution du délire ». Tel est le cas d'un malade du service, qui réalise bien le type du gémisseur tel que l'a décrit Morel.

[1] De Sanctis. *Idées de négation*. (*Il Manicomio moderno*. Année XVI, n° 3).

[2] Morel. *Traité des Maladies mentales*, p. 360.

André L..., âgé de cinquante-six ans, mécanicien entré à Bicêtre le 25 novembre 1898.

Antécédents personnels. — Etant enfant, il était comme somnambule, se promenait la nuit. — Toute sa vie, il aurait eu de l'anémie et des faiblesses(?) A la suite de discussion avec ses camarades, il tombait par terre, restait sans connaissance, ne poussait pas de cris, ne se débattait pas. Depuis quinze ans, a des maux de tête et des bourdonnements d'oreille.

C'etait un bon ouvrier, très sobre. Il aimait la solitude, mais il n'était pas triste : il était simplement calme, pas exubérant. Il était un peu méfiant, et, nous dit sa femme, « ce n'était pas un imbécile, il aurait voulu savoir davantage; mais ça n'entrait pas, et il souffrait de ne pas savoir ».

Histoire de la maladie actuelle. — La maladie actuelle semble remonter déjà à quelque temps, puisque le médecin qui a rédigé son certificat d'admission signale que « depuis cinq ans, les craintes d'accusation auraient commencé à le hanter ». Il revenait alors de son travail en disant qu'un tel lui avait fait ceci ou cela.

En réalité, c'est seulement pendant l'été de 1898 que le délire s'est quelque peu précisé. D'abord, il ne s'intéresse plus à ses distractions ordinaires (dessin, lecture). Puis ses camarades d'atelier le surveillent, ils sont jaloux. Ils veulent le compromettre et lui faire perdre sa place. Ils lui demandent des pièces pour les cacher, l'accuser et le faire prendre.

Sa concierge aussi le regardait de travers. Il ne voulait plus du lait qu'elle lui apportait, disant : « Je n'en veux pas, elle met quelque chose dedans ». Il prétendait aussi qu'il y avait quelque chose dans les murs, que les voisins l'écoutaient, le surveillaient. Pas d'hallucinations vraies de l'ouïe ou de la vue. Il disait : « Je ne sais pas ce que j'ai dans la tête. Je me figure tout cela, je ne peux m'en empêcher ».

Quelques jours seulement avant son entrée (c'est alors qu'il a quitté son travail), il a commencé à dire qu'il était criminel, qu'il allait être exécuté. D'après sa femme, le crime dont il s'accuse serait d'avoir vécu avec la femme de son frère, au retour du régiment. Il a eu alors des idées de suicide. Il refusait la nourriture pour mourir. Il voulait s'asphyxier avec sa femme et celle-ci croit qu'il l'aurait fait, si elle avait consenti. Il a essayé une fois de s'étrangler avec un foulard.

C'est alors qu'il est entré à Bicêtre ; après son entrée, il se montre tantôt déprimé, tantôt anxieux, manifestant des idées de culpabilité prédominantes, des tendances au suicide ». Peu à peu, il s'est mis à gémir et actuellement voici son état : Lorsqu'il est au repos, on le trouve blotti dans un coin, assis sur sa chaise, le visage caché dans ses mains, les traits semblant pleurnicher et

continuellement en train de gémir « Mon Dieu! que je suis malheureux! » Cette plainte revient uniforme, toujours émise dans les mêmes termes, sur un ton et avec un rythme invariables. Le jour comme la nuit, notamment, ces paroles reviennent.

Lorsqu'il descend dans la cour de l'hospice, il s'arrête dans l'escalier, se met dans un coin et répète son antienne.

Arrivé dans la cour, il se sépare des autres malades. Jamais il ne leur a causé. Il va se placer devant la provision de charbon, et là, marche rythmiquement, accompagnant chaque pas de sa plainte « Mon Dieu! ah! mon Dieu! » — Son anxiété est perpétuelle; elle a résisté à la thérapeutique ordinaire. Sans cesse, il semble pleurer, mais on n'a jamais vu couler une seule larme. Quand on l'interrogeait au commencement de 1900, on obtenait encore quelques mots d'explication, se rapportant plus ou moins à son délire et particulièrement à une histoire de filière qui s'est passée à l'atelier et qui n'a pu être bien élucidée. — Actuellement il est très affaibli, ne répond plus aux questions qu'on lui pose que par ses exclamations stéréotypées. Il ne s'occupe plus de rien; on est même obligé d'aller le chercher pour le faire manger.

Les stéréotypies pouvant se produire dans les cas où il y a de l'affaiblissement psychique, on ne sera pas étonné d'en trouver chez les *paralytiques généraux*[1]. En fait elles y sont assez rares. Les caractères du délire, sa variabilité, sa diffusion, ses contradictions perpétuelles empêchent leur production. Toutefois on peut en rencontrer surtout au *début* de la paralysie générale. Déjà, M. E. Brissaud[2] avait dit : « Parmi les spasmodiques à simple torticolis, à renversement de la tête en arrière, à convulsions qui ne sont ni toniques, ni cloniques, méfiez-vous, quand ils font preuve d'un état mental défectueux, de quelque chose de bien plus redoutable que le phénomène en soi, les accidents appartiennent en effet, parfois à la période prodromique de la paralysie générale progressive. »

M. Séglas a publié une observation de stéréotypie (tic aérophagique) survenue au début d'une paralysie générale. Voici une autre observation recueillie également dans le service de M. Séglas.

Eugène C..., tonnelier, quarante-huit ans, entré à Bicêtre le 12 septembre 1900.

[1] Knecht, cité par Binder.

[2] E. Brissaud. *Leçons sur les maladies nerveuses*, faites à la Salpêtrière, 1893-94. 24e leçon. O. Doin, Paris, 1895.

Le début de l'affection est assez mal déterminé. En tous cas, quatre mois avant son entrée, il a été enflé pendant huit jours, son ventre et ses jambes étaient gros et c'est alors qu'il prétendit avoir une grosse tête, répétant qu'il lui faudrait un chapelier spécial.

Vers la fin de novembre, c'est-à-dire deux mois après son entrée, il s'est mis à exécuter des mouvements bizarres, au premier abord. Ces mouvements étaient localisés à la tête. Le plus fréquent est celui de la déflexion. Il jette sa tête en arrière, de sorte que sa face regarde en haut. D'autres fois, cela dépend des jours, il fait des mouvements de latéralité. En tous cas, dès que la projection de la tête en arrière ou de côté s'est accomplie, il replace sa tête dans la position directe. Pendant toute la durée du mouvement, les yeux sont fixés au plafond.

Les mouvements sont exécutés brusquement et rapidement, mais ils ne sont pas spasmodiques. Il semble plutôt qu'ils sont exécutés au commandement. Et en fait, le malade paraît se les commander. On l'entend constamment répéter les paroles suivantes : « En haut, tout en haut la tête, restez debout. Tout votre gros corps debout. Ne vous occupez pas de la tête. Elle est remontée. Laissez les gros pieds en bas. Laissez votre corps blanc. » Chaque membre de phrase est répété un certain nombre de fois, surtout : « En haut, tout en haut, la tête », qui revient constamment et qui est répété vingt fois de suite.

Ces paroles sont dites sur le même ton, en accentuant surtout la dernière syllabe. Il semble réciter une litanie. Il y a une certaine coïncidence entre les paroles qu'il murmure et son mouvement de la tête. Mais cette concordance n'est pas absolue. On ne peut l'arrêter quand on le désire. Quand on lui demande la raison de ce mouvement, il répond : « C'est que ma tête est trop grosse ». D'autres fois, il ne répond pas.

De temps en temps, il passe sa main sur sa nuque, caresse ses cheveux. Quand on lui en a demandé la raison, il avait dit « qu'il avait une petite tête par derrière » et l'on avait cru comprendre à ses explications qu'il faisait son mouvement pour regarder « sa petite tête ». Nous n'avons pu obtenir de réponse catégorique pour ce mouvement qui se répète encore fréquemment.

Quoi qu'il en soit, il nous semble qu'il s'agit bien là de stéréotypies. Jusqu'à présent, nous avons vu que les stéréotpyies se produisaient chez des malades dont les fonctions intellectuelles sont très amoindries. Cette baisse intellectuelle n'a pas besoin d'être si considérable pour que survienne une stéréotypie.

C'est ainsi qu'on peut en rencontrer au cours de certaines *obsessions*, en particulier dans la *folie du doute* (bien que le

cas soit assez rare), lorsque la maladie dure déjà depuis longtemps. Cette stéréotypie, provoquée d'abord par l'idée obsédante, finit par faire en quelque sorte corps avec elle, à tel point qu'elle peut s'y substituer et revêtir elle-même les caractères de l'obsession, si l'on vient par hasard à mettre obstacle à son exécution.

M. Séglas nous a communiqué le fait d'une malade, atteinte de folie du doute se manifestant à propos des moindres actes de la vie journalière. Cette dame avait habité un appartement exposé au soleil. Le moindre rayon de soleil sur les meubles ou tentures lui était insupportable. Aussi prend-elle l'habitude de fermer toutes ses fenêtres d'une certaine façon. C'était là pour elle une obsession tyrannique et la moindre variation dans la fermeture de ses fenêtres la plongeait dans un état émotif des plus pénibles, qui prenait seulement fin alors que les volets se trouvaient remis dans leur position immuable.

Cette malade vint à changer d'appartement. Elle va habiter dans un autre, où le soleil ne vient pas la gêner. Malgré cela elle continue à fermer ses fenêtres exactement de la même façon qu'auparavant, par une sorte d'habitude machinale et sans y réfléchir. Mais si on venait par hasard à contrarier cette habitude, elle se sentait de nouveau angoissée jusqu'à ce qu'elle eût été satisfaite.

D'autres fois, la stéréotypie est constituée par un de ces « trucs » grâce auxquels les malades réagissent contre l'obsession, et qui finissent à la longue par les remplacer.

Les faits de ce genre paraîtront moins exceptionnels si l'on réfléchit que la stéréotypie peut se retrouver en dehors du domaine pathologique, dans le simple *tic d'habitude*.

Que de gens ne peuvent faire un discours sans y intercaler des interjections diverses, certains mots, certaines expressions ! D'autres lèvent ou abaissent leurs bras, balancent leur tronc ou leurs membres toute la journée. D'autres sifflent presque continuellement. « On peut dire sans être taxé d'exagération qu'il n'est personne qui n'ait dans le commerce ordinaire de la vie un geste habituel, un mouvement de prédilection[1]. » Brugia et Marzocchi ont dit que ces mouvements ne se produisaient que chez des gens tarés, débiles cérébralement, chez lesquels le pouvoir inhibitoire serait moins

[1] M. Letulle. Article *Tic*, *in Nouveau Dictionnaire de méd. et de chir. pratiques* (Dictionnaire Jaccoud), t. XXV. Baillière, Paris, 1883.

énergique que normalement, qu'ils étaient une sorte de décharge de la tension nerveuse accumulée dans certaines zones encéphaliques et que leur production semblait apporter un soulagement aux opérations intellectuelles, en dispersant ainsi la tension nerveuse. Mais aucune preuve n'est venue confirmer ces dires, qui, du reste, sont assez difficilement concevables. Aussi ne croyons-nous pas que l'origine de ces mouvements doit être cherchée là.

Comme M. Letulle l'a fait remarquer, à l'origine ces tics « sont volontaires, conscients, bien coordonnés, réguliers dans leur complexité ». Bientôt ils deviennent inconscients. « C'est ainsi que par transitions insensibles, le geste habituel et voulu tourne au tic coordonné, systématique et entre de plein-pied dans la pathologie ». Donc, ces tics d'habitude sont coordonnés, se répètent toujours de la même façon, sont conscients et volontaires au début et ne deviennent inconscients que dans la suite. Parfois, ils sont quelque peu spasmodiques, mais souvent ils ne présentent pas ce caractère. Ce sont donc bien des stéréotypies survenues chez des personnes saines.

De tout ce qui précède, il résulte que les stéréotypies se voient surtout dans les délires systématiques, évoluant dans ces cas parallèlement au délire. Mais on peut les rencontrer encore chaque fois que les facultés intellectuelles s'affaiblissent dans les démences diverses. — Plus rarement les stéréotypies se montrent en dehors de la démence dans des états d'asthénie, de déséquilibration psychique tels que ceux qui servent de substratum aux obsessions. — Enfin on les rencontre à l'état normal dans les tics d'habitude.

IV. — Considérées en elles-mêmes, d'une façon objective, dans leurs manifestations extérieures, les stéréotypies présentent des ressemblances avec d'autres phénomènes connexes, avec lesquels il faut faire le diagnostic.

Nous éliminerons d'abord les *mouvements athétosiques*. Évidemment la différenciation est facile lorsqu'il s'agit de contractions lentes, monotones, régulières, limitées aux mains et aux pieds. Lorsqu'au contraire les mouvements athétosiformes sont généralisés, ils peuvent être pris pour des stéréotypies. Mais ils s'en distinguent parce que l'athétose est en général liée à d'autres symptômes moteurs ou surtout

sensitifs (hémianesthésie) indiquant des lésions cérébrales, parce que la volonté ne peut les arrêter à aucun moment, pas même à leur apparition, et enfin parce que ordinairement les mouvements athétosiques ne revêtent pas la forme de mouvements intentionnels.

Ce sont ces mêmes caractères qui servent à différencier les stéréotypies des *tremblements*. Il est vrai toutefois qu'on a vu des tremblements sans qu'il y ait de lésions cérébrales et qui sont dus à une idée fixe ou à une idée délirante consciente ou subconsciente. Mais, dans le premier cas, il est rare qu'ils aient la longue durée des stéréotypies; et dans les deux cas, ils ne ressemblent pas comme forme aux mouvements stéréotypés.

Les différentes myoclonies, en particulier le *tic convulsif*, sont d'une différenciation facile, ne serait-ce qu'en raison de leur caractère nettement spasmodique. Quant aux *raptus impulsifs*, ils se différencient facilement des stéréotypies. Ce sont des mouvements ou des actes brusques, explosifs, se produisant soudainement par l'effet d'une force intérieure irrésistible qui oblige l'individu à accomplir l'acte. Ils n'ont d'ailleurs ni la fréquente répétition, ni la durée des mouvements stéréotypés.

Dans ces différentes hypothèses, le diagnostic est très facile. Voici maintenant des cas où il est déjà plus difficile.

Un paralytique général mâchonne ou grince des dents. Son mâchonnement, son grincement de dents sont permanents. Ils se répètent toujours de la même façon. Un idiot balance son corps toute la journée, pendant des mois et des mois, exécutant constamment un mouvement identique. Un confus ou un maniaque frotte perpétuellement sa cuisse avec sa main. S'agit-il de stéréotypies dans ces différents cas? Oui, dit Ricci, qui place le grincement de dents des paralytiques généraux et les mouvements automatiques des idiots dans les stéréotypies. Pour notre part, nous ne le croyons pas. Ces mouvements répondent bien en effet à la première partie de la définition que nous avons donnée plus haut: ils semblent coordonnés, ils n'ont rien de convulsif, ils ont l'apparence d'actes intentionnels; ils se répètent longtemps, fréquemment, toujours de la même façon. — Mais ces actes n'ont jamais été conscients, ni volontaires. Les malades n'ont jamais su la raison pour laquelle ils les exécutaient; d'emblée

ils ont été automatiques. Par là le grincement de dents du paralytique général, le tic de l'idiot, l'automatisme moteur des confus et des maniaques se séparent des actes stéréotypés, qui sont, eux, des *actes automatiques secondaires* (Hartley).

Après avoir éliminé ces diagnostics qui sont en somme faciles, il nous reste à aborder des points plus délicats, les *mouvements automatiques des hystériques*, des *épileptiques* et enfin les *tics mentaux*.

Chez l'*hystérique*, c'est surtout dans les *chorées* et dans certains *tics* qu'on peut rencontrer des mouvements pouvant en imposer pour des stéréotypies. En réalité, ils s'en distinguent cliniquement et psychologiquement.

Cliniquement en effet, il y a chez l'hystérique de longues périodes sans aucun mouvement, fait rare dans les stéréotypies ; en second lieu, les mouvements choréiformes rythmiques ou les tics se trouvent presque toujours chez des hystériques ayant des stigmates ; de plus ces mouvements se produisent ou tout au moins s'exagèrent sous l'influence de certaines conditions : émotions, bruits, etc. La volonté du sujet d'ailleurs amoindrie, est le plus souvent impuissante à les réfréner ; beaucoup d'entre eux enfin revêtent un caractère spasmodique évident.

Psychologiquement les tics et les chorées hystériques diffèrent encore des stéréotypies. Ces manifestations hystériques se rattachent souvent à une idée fixe subconsciente. Or il importe à ce propos de se rappeler les caractères de la division de la conscience telle qu'on l'observe dans l'hystérie Les études récentes de M. Pierre Janet montrent que les phénomènes psychologiques se séparent alors nettement en plusieurs groupes indépendants l'un de l'autre, produisant ainsi une division de la conscience de caractère permanent et complet. Les idées parasites, qui figurent à l'origine de certains symptômes physiques, se développent complètement à l'abri du contrôle de la conscience personnelle. Elles ne sont pas exprimées, ni même connues du sujet qui ne comprend et n'assimile que les actes, tics ou mouvements divers auxquels elle peut donner naissance sans pouvoir s'expliquer l'origine et la raison d'être de ces actes.

Bien qu'il existe réellement, lorsqu'un tic se produit chez un hystérique, un lien intime entre ce tic et une idée déter-

minée, la scission du processus psychique en deux parties se présente comme complète ; il y a formation de deux synthèses psychiques de caractère différent, dont l'une seule est enregistrée dans la conscience personnelle : c'est la manifestation extérieure de l'idée fixe. Cette idée fixe, au contraire, reste subconsciente, ignorée du sujet.

Les considérations dans lesquelles nous sommes entrés précédemment, montrent combien ce processus psychologique diffère de celui des stéréotypies, phénomènes d'automatisme secondaire dont l'évolution se fait en deux temps. Dans un premier temps une idée déterminée, dont le sujet a conscience provoque l'exécution d'un mouvement, d'un acte également conscient, voulu, systématique. Dans un second temps, l'idée première s'efface, elle n'est plus nécessaire à l'exécution de l'acte ou du mouvement qui continue à s'accomplir par une sorte d'habitude, sous une forme désormais immuable, automatique et stéréotypée.

Le diagnostic des stéréotypies peut encore être fait avec certains symptômes, se rattachant à l'*épilepsie*. Tout d'abord on pourrait faire remarquer que chez le même épileptique, toutes les crises se ressemblent : l'aura est presque toujours le même, la généralisation des mouvements se fait d'une façon identique, les stades toniques et cloniques ont presque toujours une grande similitude dans les différents accès ainsi que les actes ou mouvements automatiques accomplis dans la période d'hébétude qui suit le vertige ou l'accès (épilepsie procursive par exemple). Mais évidemment dans ces cas on ne peut pas dire qu'il s'agit de stéréotypies au sens ou nous avons défini le mot. On peut pourtant citer quelques cas plus voisins des stéréotypies. Tel est le suivant. dû à M, Joffroy[1] : « Une malade avait dans ses accès, outre la pâleur, des mouvements volontaires du bras droit. C'était une cuisinière et lorsque je lui demandai : « Que faites-vous ? », elle me répondit : « Je plume mon poulet », une autre fois « J'écaille mon poisson ». Il nous suffira de rappeler en pareil cas l'obnubilation de la conscience propre à tous les phénomènes de nature comitiale et regardée d'ordinaire comme la caractéris-

[1] Joffroy. *Annales médico-psychologiques*. Paris, 1894. C. R. de la *Société médico-psychologique*. Séance du 28 mai 1894, t. XX. 7e série, p. 123.

tique de l'acte épileptique. Des mouvements de ce genre, se produisant en rapport avec la décharge comitiale, semblent inconscients ou tout au moins subconscients d'emblée et ne peuvent être, pour ces raisons, confondus avec les stéréotypies.

Il nous reste à éliminer les diagnostics les plus difficiles, les *tics* et les *spasmes*. Nous avons parlé plus haut des tics d'habitude. Il nous reste à parler des *tics* dits *mentaux*. « Le tic, a dit Charcot, est une maladie psychique. Il y a des tics de la pensée qui se traduisent par des tics du corps... Les tics sont des mouvements systématisés, qui reparaissent toujours les mêmes chez les mêmes sujets, et de plus fort souvent au moins, reproduisent en les exagérant cependant certains actes automatiques d'ordre physiologique appliqués a un but fonctionnel ». « C'est un acte automatique coordonné », dit M. Brissaud [1]. On voit par ces définitions qu'il y a les plus grandes ressemblances entre les tics et les stéréotypies. Cette similitude est d'autant plus accentuée que souvent sous le tic mental, il y a une idée inconsciente qui fait exécuter le mouvement. — Mais faisons remarquer que, d'abord, en règle générale, les tics mentaux peuvent être arrêtés par des efforts d'attention et de volonté, si toutefois le malade veut bien s'appliquer, et c'est même là la base d'un traitement psychothérapique souvent utile et efficace. Citons en passant le résumé d'une observation de M. Feindel [2]. Il s'agit d'un garçon d'office de trente-deux ans qui depuis sept mois éprouve des douleurs dans la nuque, troublant son sommeil et l'ennuyait beaucoup. Aussi y pensait-il beaucoup. Un mois avant son entrée à l'hôpital, il prit l'habitude pour « reposer sa tête » de la tourner de temps en temps à gauche. Le malade affirme que les mouvements de rotation furent d'abord voulus et qu'il les accomplissait par ce qu'il éprouvait un grand soulagement. Dans l'espace d'un mois, le tic en est arrivé à se reproduire involontairement et constamment. Il consiste en un mouvement de rotation de la tête à gauche. — En un mois et demi le traitement psychothérapique a amené la guérison.

[1] Brissaud. *Loco citato*, p. 502.

[2] E. Feindel. *Gaz. hebdom. de méd. et de chir.* 20 février 1898, n° 15, p. 169.

Les stéréotypies, au contraire, ne peuvent pas s'amender. Elles se simplifient parfois par suite de leur longue durée ou diminuent de fréquence, mais une fois qu'elles sont passées à l'état d'habitude, elles persistent d'une façon indéfinie.

Voilà déjà un premier caractère différenciant le tic de la stéréotypie : il y en a un deuxième. Le tic, en effet, est toujours spasmodique. « C'est une variété du genre spasme », a dit M. Brissaud. Or, par définition les mouvements stéréotypés ne le sont pas. Ils pourront bien s'accomplir rapidement, avec une certaine vivacité ; ils n'auront jamais le caractère réflexe,convulsif du tic ou du spasme vrais. Par conséquent quelque ressemblance que présentent les stéréotypies avec les tics ou les spasmes, ils diffèrent les uns des autres : les stéréotypies sont des tics d'habitude qui ne sont ni spasmodiques, ni améliorables par la volonté.

V. — Les stéréotypies peuvent constituer un signe pronostic d'une certaine valeur. On conçoit en effet que survenant à une époque où il y a déjà un certain degré d'affaiblissement psychique, les stéréotypies soient du plus fâcheux augure : elles peuvent être généralement considérées comme un signe de chronicité et d'incurabilité.

Mondio prétend aussi que les stéréotypies sont dans l'étude des démences des signes précieux pour nous faire diagnostiquer *la forme* de la psychose primitive, puisqu'elles sont en rapport avec l'idée délirante dominante dans le cours de l'affection. En fait, il n'en est pas ainsi, sans doute parce que les stéréotypies sont en assez petit nombre, qu'elles ont de grandes ressemblances entre elles, que chacune d'elles sous la même forme peut résulter d'idées différentes et peut-être aussi parce qu'on les observe à une période trop tardive de la maladie, pour pouvoir préciser leur origine.

CLINIQUE NERVEUSE.

Le mutisme hystérique dans l'histoire [1];

Par le Dr Raoul LEROY,
Médecin adjoint de l'asile des aliénés d'Évreux.

L'histoire de l'hystérie au point de vue documentaire s'est enrichie depuis soixante ans d'une foule de matériaux extrêmement intéressants. Calmeil, Littré, Charcot, Bourneville, Paul Richer, Gilles de la Tourette et tant d'autres ont merveilleusement mis en lumière les manifestations de la grande névrose dans la suite des temps. Grâce à ces travaux, les maladies invraisemblables, les épidémies d'hystéro-démonopathie, les guérisons miraculeuses, qui ont pendant des siècles dérouté leurs contemporains, ne nous apparaissent plus que comme des faits pathologiques relevant du *Protée hystérique*.

Parmi les phénomènes de ce genre le mutisme est rarement relaté. « Eu égard au grand nombre de malades, hommes et femmes, atteints d'hystérie, dit Cartaz dans son excellente monographie [2], on peut dire que le mutisme est un phénomène relativement rare. On le trouve à peine mentionné dans les travaux anciens... Si l'on voulait dépouiller toutes les observations de névrose hystérique, si l'on cherchait dans les documents historiques, on trouverait à coup sûr un plus grand nombre de faits qui répondent aux caractères de ce syndrome clinique. »

[1] Les faits relatés ici n'ont pas la valeur d'une observation médicale, il y manque des détails fort importants que nous aurions besoin de connaître pour faire un diagnostic rétrospectif certain. Notre unique but est de consigner dans ces notes quelques cas intéressants, peu ou pas connus, antérieurs au XIXe siècle et que l'on peut considérer avec la plus grande vraisemblance comme des syndromes hystériques.

[2] Cartaz. *Du mutisme hystérique.* (*Progrès médical*, 1886.)

D'après Landouzy[1], Hippocrate aurait observé le mutisme hystérique. « La femme de Polémaque, ayant une affection arthritique, éprouva une douleur subite de la hanche, les règles n'étant pas venues; ayant bu de l'eau de bettes, elle fut sans voix toute la nuit jusqu'au milieu du jour; elle entendait, comprenait, elle indiquait avec la main que la douleur était à la hanche[2] ».

La plupart des traités classiques citent l'histoire du fils de Crésus racontée par Hérodote. Crésus avait un fils doué des plus brillantes qualités mais muet. Tous les remèdes s'étaient montrés impuissants pour le guérir. Or Crésus, vaincu par Cyrus, allait être égorgé par un des soldats victorieux lorsque son fils, effrayé du danger qu'il courait, recouvra brusquement la parole, en s'écriant : « Soldat, ne tue pas Crésus[3] ».

Valère Maxime fait mention d'un lutteur nommé Eglis, de l'île de Samos, qui était muet. A la suite d'une victoire dont on lui refusait injustement le prix, cet homme fut si indigné qu'il proféra tout à coup d'amères récriminations, à la grande surprise des personnes qui connaissaient son infirmité. Il continua, dès lors, à pouvoir s'exprimer[4].

Nous avons recherché dans les auteurs du XVIe, du XVIIe et du XVIIIe siècle les cas que l'on peut rattacher au mutisme hystérique. Les livres du XVIe siècle ne nous offrent aucun fait intéressant à ce sujet, l'ouvrage d'Ambroise Paré, si riche en curiosités médicales, ne présente rien à signaler.

Avec le XVIIe siècle, nous nous trouvons en présence d'un certain nombre d'observations importantes. L'une d'elles nous semble assez intéressante pour que nous la rapportions intégralement. Il s'agit d'un homme atteint de surdi-mutité hystérique, affection très rare, d'après M. Gilles de la Tourette qui dit à ce propos : « Les cas de surdi-mutité hystérique sont peu nombreux puisque Lemoine, qui ignore le cas de Mendel, paraît n'en avoir pas rencontré dans la littérature[5] ».

[1] Landouzy. *Traité de l'hystérie*, 1846.
[2] Hippocrate. *Epidémie*, livre V.
[3] Hérodote, liv. I.
[4] Valère Maxime, liv. I, chap. VIII.
[5] Gilles de la Tourette. *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*, tome II.

Perte de l'ouïe pendant deux ans et de la parole pendant quatorze recouvrées subitement.

On ne saurait trop admirer les ouvrages du Tout-Puissant au sujet du corps de l'homme ; car s'il est sujet à des maladies nombreuses et chroniques, Dieu sait les guérir subitement et à l'improviste, quand il lui plait, quoique par des moyens naturels. Nous en avons un exemple frappant dans l'observation suivante qu'un médecin de mes amis avait apprise de son frère.

Un paysan, âgé de quarante ans, appelé Gilbert, était devenu sourd et muet. Comme ce pauvre homme n'était pas fainéant, une veuve qui avait l'oreille un peu dure en eut pitié et le retira chez elle pour y travailler. Il aimait à s'occuper et faisait exactement tout l'ouvrage de la maison.

Après deux ans de travaux et de peines, un jour qu'il faisait un fossé, il entendit le son d'une cloche; ce qu'il faisait connaitre à ses camarades en frappant avec ses doigts. Depuis ce temps-là, il continua de bien entendre.

Douze ans après, étant sorti avec quelqu'un de ses camarades le 12 avril 1680, le jour des Rameaux, la servante de la maison, ferma la porte à son ordinaire, croyant qu'il était rentré et elle s'en alla coucher. Celui-ci étant arrivé trop tard, et trouvant la porte fermée, se retira dans la maison voisine et se coucha dans un grenier à foin. On le pria d'éveiller de bonne heure les domestiques le lundi pour aller au marché. Gilbert donc étant couché dans ce grenier, entendit une voix, à ce qu'il raconta, ou rêva d'avoir entendu ces paroles : « Gilbert, lève-toi et parle ». Il se leva, alla frapper trois fois à la porte de ce voisin, chez qui il était, sans qu'on lui répondit. Il alla frapper à celle de sa maitresse ; la servante, qui s'éveilla, demanda qui c'était ? Il répondit « C'est Gilbert, Dieu m'a rendu la parole. » Cette fille croyant que c'était des libertins ne voulut point ouvrir, cela l'obligea à retourner d'où il venait. La femme, qui se levait alors pour aller au marché, entendit du bruit devant la porte et y courut et, entendant prononcer un nom qu'elle connaissait, dit : « C'est toi Gilbert et tu parles », il répondit en l'embrassant : « c'est Dieu qui m'a rendu la parole, qu'il soit loué et glorifié ». Cette femme était si étonnée qu'elle ne pouvait parler. Mais étant revenue de sa surprise, elle lui demanda comment il avait recouvré l'usage de la parole. Il lui raconta ce qui s'était passé. Le temps de partir pour cette femme étant venu, Gilbert alla au mari pour lui faire part de son bonheur.

Gilbert épousa la servante avec qui il avait demeuré si longtemps. Il devint valétudinaire et vécut peu de temps marié. Il mourut au mois de mars de l'année 1681.

On ne saurait douter de la véracité de cette histoire puisque, dans le besoin, cent personnes l'attesteraient véritable [1].

Personne ne peut mettre en doute aujourd'hui la bonne foi de l'observateur, mais il est inutile de faire intervenir la divinité dans cette guérison, si extraordinaire puisse-t-elle paraître. Le paysan Gilbert était très vraisemblablement atteint de surdi-mutité, puis de mutité hystérique. Les accidents de cette nature se prolongent pendant des années sans amener aucune altération dans les organes. Puis un jour ou l'autre, brusquement, sous l'influence d'une vive émotion, d'un traumatisme, d'une contrariété ou d'une cause inconnue, ils peuvent disparaître instantanément sans laisser de traces. La guérison semble être survenue ici à la suite d'un rêve, cela se voit quelquefois. Indépendamment de la coexistence pendant deux années de la surdité et du mutisme hystérique, cette observation est remarquable par la durée du mutisme qui est de quatorze années. Les cas de mutisme les plus prolongés cités par les auteurs sont ceux de Pitres, dix ans, et de Sédillot, douze ans.

Il est curieux de transcrire l'explication que donne de cette guérison le médecin du XVIIe siècle.

Ne peut-on pas attribuer le rétablissement de l'ouïe aux efforts que faisait Gilbert en creusant la terre. Le mouvement, qu'il se donnait en travaillant, agitait le sang, le brisait, le rendait plus fluide et les nerfs auditifs n'ayant plus que des esprits affinés, se trouvèrent désobstrués et si ce paysan entendit avant que de parler, c'est parce que l'obstruction des nerfs auditifs n'était point si grande que celle des nerfs de la langue. C'est pourquoi la matière visqueuse qui embarrassait le passage des esprits d'un côté a plutôt été dissoute et atténuée que de l'autre.

Ce qui n'a pas peu contribué encore à lui rendre la parole, c'est la joie qu'il avait de se trouver avec ses camarades et le vin qu'il avait bu qui lui avait donné de la gaieté. Les esprits en étaient devenus plus agités et plus subtils. Peut-être aussi, d'un autre côté, se croyait-il dans son sommeil avec ses compagnons dans quelque action violente, qui mettait les esprits en mouvement (car c'est pendant le sommeil qu'ils sont en plus grande abondance intérieurement puisqu'ils ne sont pas dissipés par les sens externes).

[1] *Observations rares de médecine, d'anatomie et de chirurgie*, traduites du latin de M. Vander-Wiel, par M. Planque, docteur en médecine, liv. II, obs. V, 1698.

On trouve dans Bartholin une histoire à peu près analogue. L'illustre médecin danois rapporte qu'un citoyen de Copenhague avait perdu complètement la parole et ne pouvait plus émettre aucun son. Quatre ans après le début de son affection, il passait un jour sur un pont de bois qui sépare la ville, lorsqu'il rencontra une vieille femme qu'il détestait depuis longtemps. Plein de colère et de haine, il s'écria brusquement : « que le diable t'emporte ». Le son de sa voix lui causa une émotion extrême et il fut fort mortifié d'avoir commencé à faire usage de sa langue par une imprécation.

« Il est probable, dit Bartholin, qu'un grumeau de sang ou une pituite épaisse s'était arrêté à l'entrée de l'artère de la langue et avait comprimé les nerfs voisins, mais que le mouvement de colère, où il s'était mis, avait agité le sang, l'avait brisé et avait détruit l'obstacle [1]. »

Cette aphonie totale, guérie subitement par un violent accès de colère, ne peut relever que de l'hystérie. Elle répond à la magistrale description de Charcot : « Bien que le malade ait conservé l'exécution intégrale des mouvements vulgaires de la langue et des lèvres, qu'il puisse mouvoir ces organes avec agilité dans toutes les directions de façon à souffler, siffler, comme dans l'état normal, il lui est désormais impossible d'articuler un mot même à voix basse, de chuchoter autrement dit, et qui plus est, même en y apportant la plus grande attention, d'imiter les mouvements d'articulation, qu'il voit faire devant lui. Le malade est donc muet dans l'acception la plus rigoureuse du mot, en ce sens qu'il ne peut proférer aucune parole. J'ajouterai qu'il est plus que muet ; car tandis qu'il est possible au sourd-muet de pousser des cris même violents, le muet hystérique — remarquez bien ce caractère singulier — est *aphone* le plus souvent d'une façon absolue, au point de ne pouvoir émettre le moindre cri [2]. »

Les *Ephémérides des curieux de la nature*, ans IX et X, 1678 et 1679, relatent un cas de mutisme hystérique intermittent remarquable par sa systématisation et sa durée.

Georges Algajer, âgé de vingt-cinq ans, perdit peu à peu la faculté de parler à la suite de maux de cœur suivis de plusieurs

[1] Th. Bartholin. *Act. Hafnia*, 1671, obs. 71.

[2] *Œuvres complètes* de J.-M. Charcot, publiées par Bourneville, t. III

vomissements. L'extinction de la voix n'était d'abord que momentanée, ensuite elle persista, se prolongeant davantage de jour en jour jusqu'à une heure, trois heures, huit heures, vingt-trois heures de suite sans régularité. Enfin le retour de la parole garda un ordre si constant que depuis quatorze ans, le malade ne pouvait parler que pendant une heure, depuis midi jusqu'au commencement de la première heure du soir. D'après l'auteur, il était impossible de tromper cet homme par la transposition arbitraire des heures sur le cadran des horloges; quoiqu'on fît, son accès de mutisme ne revenait jamais qu'à l'heure véritable. Pendant le temps qu'il avait l'usage de la parole, Algajer répondait à toutes les demandes et parlait sur tous les sujets avec netteté et précision, il lisait même à haute voix, mais dès qu'une heure de l'après-midi était arrivée, il lui était impossible de se faire entendre autrement que par signes.

Cette observation de mutisme intermittent est analogue à celle très classique de Mendel, où le malade parlait tous les jours de six heures à neuf heures du matin et restait muet tout le reste de la journée[1].

La collection de l'*Histoire de l'Académie royale des Sciences* contient un certain nombre de faits du même genre. Voici un cas intéressant datant de 1700.

Une fille, âgé de vingt à vingt-deux ans, d'un bon tempérament, après une fièvre intermittente qu'on arrêta par les remèdes ordinaires, fut attaquée d'une extinction de voix qui lui dura sans interruption pendant un an et demi. Les remèdes qu'on a coutume de faire pour cette incommodité ne la soulagèrent pas; seulement quand on lui faisait prendre le demi-bain, elle recouvrait quelquefois la parole dans l'eau, mais avec beaucoup d'enrouement. Quand elle avait la fièvre, elle parlait dans le chaud. M. Lemery, qui avait ordonné plusieurs remèdes qui délivrèrent la malade de quelques incommodités restées après la fièvre mais non pas de son extinction de voix, en ordonna un, presque par hasard, qui fit un effet étonnant. Ce furent des herbes vulnéraires en guise de thé.

Dès qu'elle en eut pris la première fois, sa voix revint pour une demi-heure, puis s'éteignit de nouveau. Mais en continuant l'usage de cette infusion soit chaude, soit froide, elle fit revenir sa parole peu à peu de sorte qu'elle ne la perdait plus que le soir, principalement si elle se promenait au frais, mais enfin dans ce cas-là même, elle en était quitte pour prendre deux cuillerées de ses vulnéraires. A peine a-t-elle cessé de boire qu'elle parle.

[1] Pitres. *Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme*, t. I.

On a cru que la vertu des vulnéraires pouvait n'être que celle de l'eau chaude, mais elle a bu plusieurs fois de l'eau chaude inutilement. Les décoctions d'herbes qui abondent en acides et même le café, le chocolat, la salade, les fruits crus, le poisson, la soupe maigre, le trop d'intervalle entre le temps où elle mange lui éteignent la voix. La viande, le lait ni le vin ne font point cet effet. Elle porte toujours une bouteille de son infusion de vulnéraire, pour s'en servir dans l'occasion et elle dit qu'elle a sa voix dans sa poche [1].

Cette observation de Lemery père conduisit plus tard son fils à employer le même traitement dans le cas suivant. Le résultat fut également excellent, et il est bien permis de penser que la suggestion seule avait occasionné ces deux cures merveilleuses de mutisme.

Une fille âgée de vingt-quatre ans est sujette depuis l'âge de seize ans à une extinction de voix qui lui prend dans le temps de ses règles et lui dure deux ou trois jours, pendant lesquels elle use fréquemment d'une tisane de chiendent et de coquelicot. Cette boisson humecte la poitrine qui en a grand besoin, mais sans lui rendre la voix qui ne revient que quand les règles sont passées et paraît revenir d'elle-même. Un coup qui lui cassa le bras dans le temps de ses règles et un chagrin vif qu'elle eut en même temps les arrêtèrent et lui causèrent des étouffements et des vapeurs violentes. Elle en fut guérie par un grand nombre de saignées du bras, du pied, par l'émétique et par plusieurs médecins, mais l'effet de tous ces remèdes fut suivi d'une extinction de voix continue. A peine se faisait-elle entendre quoiqu'on approchât l'oreille tout près de sa bouche; pour peu qu'elle parlât elle en était si fatiguée qu'elle était obligée de s'arrêter, elle sentait un poids considérable à la région de l'estomac et elle ne pouvait se donner le moindre mouvement sans perdre presque la respiration. Elle était bien réglée, mais toutes ses incommodités redoublaient dans ce temps-là. Du reste elle avait le visage bon, de l'appétit et faisait bien toutes les autres fonctions.

Cet état dura trois mois malgré tous les remèdes qu'on put imaginer. Enfin M. Lemery, sur l'exemple d'une pareille observation rapportée en 1700 et guérie par feu monsieur son père avec des vulnéraires pris en infusion, en ordonna à la malade. Dès qu'elle eut pris une seule tasse, sa voix revint forte et vigoureuse et telle qu'elle était avant la maladie; plus d'oppression ni de difficulté d'agir et de se mouvoir et une circonstance singulière qui accompagna encore une guérison si subite, c'est que le poids que

[1] *Histoire de l'Académie royale des Sciences*, 1700.

cette fille se sentait à l'estomac, elle le sentit dans le moment se précipiter sur le nombril où il s'arrêta [1].

Avec le XVIIIe siècle nous rencontrons du reste des documents de plus en plus nombreux. Bonet raconte qu'un pasteur se trouva muet en sortant d'un profond sommeil et que quatorze jours après, rêvant qu'il se noyait et appelait au secours, le malade s'éveilla dans ce trouble et se servit de sa propre voix pour rendre grâce à Dieu [2]. N'est-ce pas là un cas semblable à celui de Bateman : un malade, aphasique depuis six jours, se réveille un matin en criant : *A man the river* ; il avait rêvé qu'un homme était tombé dans la rivière et le choc mental produit par ce rêve avait suffi pour lui rendre la parole [3].

Dans une lettre adressée à l'Académie des sciences [4], M. le comte de Bièvre garantit avoir observé le fait suivant :

Une paysanne du bourg de Villantrois, en Berry accoucha dans l'été de 1737 ; mais l'arrière-faix ne vint point après l'enfant. Quelques jours ensuite la parole lui manqua. Quoiqu'elle ne fût pas délivrée, la santé lui revint et elle se remit à travailler dans son ménage comme à l'ordinaire, à cela près qu'elle gardait un profond silence. Au bout d'un mois, il arriva un accident qui la mit tout d'un coup dans une telle colère contre son mari, qu'elle en recouvra la parole pour le gronder et, apparemment, il fut bien repentant. Depuis ce temps elle parle aussi souvent et aussi librement qu'avant ses couches, ayant toujours son arrière-faix dans le corps. Il y a là bien de l'extraordinaire et de plus d'une espèce.

Il semble assez vraisemblable que nous sommes ici en présence d'un cas de mutisme hystérique occasionné par l'accouchement. Bien que l'accouchement soit un fait physiologique, il n'en est pas moins quelque fois un agent provocateur de la névrose en raison du très grand traumatisme produit, ainsi que l'indique Macario [5].

Nous n'avons pas l'intention de citer ici toutes les observations de mutisme hystérique que nous ont laissées les au-

[1] *Histoire de l'Académie royale des Sciences*, 1719.

[2] *Médicin. septent. lib. de Pect. affect.*

[3] Cartaz. *Du mutisme hystérique.* (*Progrès médical*, 1886.)

[4] *Histoire de l'Académie royale des Sciences*, 1738.

[5] Macario. *Des paralysies dynamiques ou nerveuses*, 1859.

teurs du XVIIIe siècle ; la plupart sont reproduites dans les traités classiques contemporains. Rappelons cependant le fait si typique de Watson, cité par Briquet : une jeune femme, après une attaque d'hystérie convulsive, perdit la parole et resta absolument muette pendant quatorze mois. Durant ce temps elle n'eut pas de nouvelles attaques convulsives et jouit d'une parfaite santé. Un soir qu'elle s'était fortement échauffée en dansant pendant quatre heures, elle recouvra la parole et continua dès lors à parler [1].

Les faits que nous venons de rapporter indiquent surabondamment que le *mutisme hystérique* a été observé de tout temps. Il appartenait au XIXe siècle d'en élucider la nature et d'en étudier les caractères pathognomoniques. La lumière est faite aujourd'hui sur ce point. L'attrait du merveilleux est cependant si grand que nos contemporains du XXe siècle s'extasient encore devant l' « histoire miraculeuse » qui remplit les journaux anglais du mois d'avril 1901.

Il s'agit d'un matelot français, nommé Jean Mafurlin, qui, il y a quatorze ans, vint à tomber du haut d'un mât dans la rade de Porstmouth et séjourna sous l'eau pendant une dizaine de minutes. Lorsqu'on le ramena à demi-mort à la surface, le malheureux se trouva avoir complètement perdu l'usage de la parole. On le soigna et un jardinier de Barking le prit à son service.

Il est à noter que Jean Mafurlin, au moment de sa chute ne connaissait que quelques mots d'anglais, mais parlait couramment, outre le français, l'italien et le portugais.

Donc l'infortuné était depuis quatorze ans au service d'un jardinier et depuis quatorze ans il était muet, lorsque il y a quelque jours, il subit une *forte commotion* à la suite d'un coup de canon qui fut tiré brusquement près de lui. La commotion lui rendit presque instantanément la parole et Jean Mafurlin se mit à parler anglais, français, italien et portugais. L'anglais lui est même maintenant plus familier que les autres langues qu'il a en partie oubliées.

Ce fait, qui défraye la chronique des gazettes des deux mondes, n'est pas difficile à expliquer, Jean Mafurlin avait été atteint de mutisme hystérique à la suite d'une violente émotion; une autre émotion l'a guéri.

Une pareille chose ne saurait nous surprendre. C'est le

[1] Watson. *Philosoph. trans.*, vol. XIV.

propre des affections hystériques de survenir et de disparaître avec une égale brusquerie. « Les accidents hystériques, dit Pitres, peuvent être soudainement provoqués, modifiés ou supprimés par des influences psychiques ou par des causes physiques qui n'ont aucune action sur les accidents similaires dépendant des lésions organiques... L'hystérie est la grande pourvoyeuse des cures imprévues et extraordinaires. Même dans les cas qui paraissent les plus invétérés, une émotion morale vive, une frayeur, une colère, une contrariété, un chagrin, une joie peuvent provoquer tout à coup la guérison. »

A propos du cas de Jean Mafurlin observé au XXe siècle, il n'est sans doute pas inutile de rappeler celui de Gilbert au XVIIe siècle ; tous les deux peuvent être mis en parallèle. Le plus intéressant pour le philosophe est de comparer les interprétations du même fait émises à plus de deux siècles d'intervalle.

REVUE D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES.

LII. **Le liquide céphalo-rachidien et les injections intrarachidiennes** ; par Récroly. (*Policlin.*, mai 1901).

Court aperçu général.

LIII. **Abcès du cerveau à pneumocoques** ; par Boinet. (*Revue de Médecine*, 1901.)

Deux cas d'abcès du cerveau avec pneumocoques l'un consécutif à une broncho-pneumonie, l'autre est un cas de méningite avec abcès central, consécutive à une pneumonie compliquée d'arthrite.

M. H.

LIV. **Des foyers lacunaires de désintégration** ; par P. Marie. (*Revue de Médecine*, avril 1901.)

L'hémiplégie des vieillards n'est pas le plus souvent due à une hémorrhagie ou à un ramollissement, mais comme le démontrent

de nombreux cas observés par l'auteur, à des foyers lacunaires siégeant de préférence sur les noyaux gris et très souvent concomitants de lésions d'hémorrhagie ou de ramollissement sur 50 cerveaux porteurs de lacunes, 23 présentaient soit un ramollissement, soit une hémorrhagie concomitante.

Ces lacunes consistent en de petites cavités à contours plus ou moins irréguliers. A leur niveau le tissu cérébral semble avoir été déchiré et détruit. On les rencontre surtout chez les vieux artérioscléreux.

Les symptômes correspondant à ces lacunes ont été le plus souvent l'hémiplégie, mais une hémiplégie incomplète souvent bilatérale et accompagnée non d'aphasie mais plus ordinairement de dysarthrite.

Il peut y avoir aussi dysphagie avec diminution du réflexe pharyngé. La diminution des facultés psychiques est la règle.

M. HAMEL.

LV. Etat actuel de l'anatomie pathologique dans les psychoses fonctionnelles; par HELLBRONNER (de Halle). *Congrès annuel des aliénistes allemands.* Session de Berlin. Séance du 22 avril 1901.)

La notion de la psychose fonctionnelle est aujourd'hui purement conventionnelle. Nissl a été le premier qui proclamât qu'il fallait que cette opinion disparût et que dans toutes les maladies mentales on devait nécessairement constater des lésions organiques. Si nous laissons de côté naturellement la paralysie générale, la syphilis cérébrale, l'alcoolisme, l'épilepsie et les psychoses à grosses affections en foyers, il nous reste pour sujets d'études des cas aigus qui représentent la pluralité des observations faites à cet égard. On a également tenté d'appliquer à l'homme les constatations faites chez les animaux soumis à des intoxications subaiguës.

Examinons successivement : 1° les lésions qui ont été relevées ; 2° dans quelle mesure ces lésions sont l'expression de la psychose : 3° dans quelle mesure elles permettent de conclure au genre de la folie et jusqu'à quel point elles suffisent à expliquer le tableau morbide.

I. — Les lésions ? Il ne s'agit ici que de l'écorce. Verworn et autres ont établi que la méthode de Golgi, qui a donné de magnifiques résultats en anatomie normale, est inapplicable à l'étude des altérations pathologiques. Les principes de Nissl sont plus importants. Maintes différences dans les aspects micrographiques ont pu être expliquées par les diverses méthodes d'inclusion, ainsi que par les altérations cadavériques, vis-à-vis desquelles les cellules corticales et spinales se comportent très différemment, et

dont on n'avait pas assez tenu compte. La question des images et des éléments histologiques artificiels est résolue par l'examen de la forme équivalente de la cellule. On peut ranger sous trois chefs les résultats positifs. On constate dans les altérations trouvées des différences non de qualité mais simplement d'intensité (Meyer). On relève des altérations primitives ou secondaires selon que le corps de la cellule ou l'axone sont atteints. (Marinesco, etc.). Il reste une masse presque innombrable de faits que l'auteur n'a pas réussi à classer systématiquement. Ce sont eux que Nissl a tenté de coordonner en décrivant des formes particulières de cellules morbides; il en a distingué sept, plus six espèces différentes de cellules mortes. Les difficultés deviennent inextricables quand on considère non seulement les cellules pyramidales mais en outre les petites cellules. Plus M. Heibronner a prolongé ses recherches, plus le nombre des formes lui a paru s'accroître. Jamais il n'a trouvé une seule espèce de lésion uniformément répandue dans le cerveau entier. Alzheimer a été sous ce rapport plus heureux : il a pu, à côté de types pathologiquement uniformes de cellules nerveuses, discerner des altérations parallèles de la névroglie, en tout quatre formes définies. Nissl a été lui aussi favorisé : il a trouvé quelque chose d'assez analogue pour les cellules de la névroglie, dont la manière d'être lui a rappelé les leucocytes. On a jusqu'ici, à tort, accordé peu de valeur aux altérations des fibres nerveuses : tout récemment, Siemerling, Starlinger, Benhoeffer, ont insisté sur les résultats que peut donner à ce sujet la méthode de Marchi.

II. — Pour apprécier comme il convient la valeur de ces lésions, il faut avant tout peser certaines influences qui n'appartiennent pas à la psychose même, et qui sont susceptibles d'altérer les cellules. La fatigue, l'insuffisance d'alimentation, des éléments infectieux et, en tête, l'agonie modifieront le caractère spécifique de la psychose plus ou moins longtemps avant la mort. Nissl ne vient-il pas d'affirmer qu'aucune des altérations cellulaires décrites en grand nombre n'est spécifique, qu'il n'existe pas le moins du monde de caractères histologiques permettant de diagnostiquer *post mortem* si le sujet dont provenait les pièces anatomiques jouissait pendant la vie d'une parfaite santé mentale ou s'il était malade ? La poursuite des altérations quantitatives ne semble pas non plus très brillante. Les lésions enregistrées par la méthode de Marchi ne se sont rencontrées que dans les cas les plus graves, dans les formes les plus aiguës : jamais, jusqu'à présent, on ne les a trouvées dans les formes chroniques, ni dans les observations où l'agonie est seule en jeu. *L'enthousiasme général par lequel on avait accueilli au début les premiers travaux de Nissl a fait place à un scepticisme assez prononcé.*

III. — Puisqu'on ne sait différencier les tissus corticaux des gens sains d'esprit de ceux des gens qui sont aliénés, *il ne faut pas penser à établir le diagnostic anatomopathologique des psychoses fonctionnelles*. Tout au plus pourrait-on essayer de poser les bases de l'évolution sous une forme générale. Ainsi Alzheimer et Binswanger ont formulé que dans les formes mentales légères il existe des altérations de la substance chromatique, tandis que, dans les formes mentales graves, dans la démence, etc., il y a des altérations de la substance non colorable. *On est provisoirement obligé d'abandonner l'espoir de trouver des altérations spécifiques*. Les indications rares relatives aux *constatations de bactéries spécifiques* — Bianchi et Picinino, — *ne nous ont pas davantage menés loin sur ce terrain*. La théorie des fibrilles ne fait pas avancer la question, elle ne fait que doubler les difficultés.

Ce qu'il faut commencer par créer, c'est une pathologie intelligible à tous de la cellule nerveuse et de la névroglie. C'est chez l'homme et non chez les animaux qu'il faut faire des travaux préparatoires. Il faut s'occuper de toute l'écorce et non point uniquement de la cellule en particulier, et de la propagation des altérations à chacun des territoires corticaux, dans tous les éléments en question. La méthode de Marchi appliquée à de grandes coupes peut, quoiqu'elle n'ait pas de cachet spécial, peut-être déblayer le terrain.

On pourra alors espérer dans un avenir prochain parvenir à distinguer anatomiquement les psychoses aiguës des psychoses chroniques, peut-être aussi les psychoses curables des psychoses incurables.

Discussion. — M. Nissl se rallie sans réserve aux conclusions du rapporteur. On ne saurait être trop sceptique, les espérances de la première heure n'ayant pas été satisfaites. Peut-être les allures des cellules plastiques de Marschalko dans la paralysie générale fournissent-elles une indication à la direction des recherches de l'avenir. Il faut soumettre chaque cas au plus grand nombre de méthodes de recherches possible : c'est ainsi que l'on arrivera à la formule des formes des lésions de l'ensemble de l'écorce. — Tel est également l'avis de MM. Meyer (E.) et Oppenheim.

P. Keraval.

LVI. La glande pituitaire considérée comme l'un des facteurs de l'acromégalie et du gigantisme; par Woods Hutchinson. (*The New York Medical Journal*, 28 juillet 1900.)

Nous reproduisons ici les conclusions de ce mémoire étendu : 1° le corps pituitaire est un organe fonctionnel; 2° les modifications de son métabolisme sont les principaux facteurs de l'acromégalie et du gigantisme, la différence entre les résultats étant

due simplement à la période de développement individuelle à laquelle débute le trouble fonctionnel ; 3° la nature de l'excès de développement, dans ces deux états pathologiques, appartient primitivement à l'ordre des hypertrophies purement fonctionnelles ; plus tard, toutefois, elle perd quelque chose de la précision de sa marche, et peut, soit produire des tissus à développement imparfait et de type mixte, soit aboutir à un simple exsudat hémorrhagique avec formation kystique ou dégénérescence complète de la masse du tissu ; 4° il paraît probable, bien qu'ici les preuves soient moins certaines, que la glande pituitaire joue un rôle dans le nanisme, le rachitisme et les formes naines du crétinisme ; 5° il est possible qu'un trouble réflexe des fonctions de cet organe ait une part étiologique dans la dystrophie qui accompagne les états adénoïdes du pharynx ; 6° il semble que le corps pituitaire soit une sorte de « centre de l'accroissement » ou de régulateur des proportions de l'ensemble du squelette appendiculaire.

Ce travail se termine par une excellente *bibliographie* du sujet.

R. DE MUSGRAVE-CLAY.

LVII. La perception psycho-physique; par F.-W. EDRIDGE-GREEN. (*The Journal of Mental Science*. Octobre 1900.)

Dans la perception d'une sensation, il faut tenir compte des facteurs suivants : 1° le stimulus physique ; 2° l'organe sensoriel qui reçoit ce stimulus; 3° les nerfs qui transmettent les effets du stimulus; 4° le centre de mémoire qui reçoit la totalité de l'impression; 5° les centres de perception qui transmettent à l'intelligence des renseignements sur les parties individuelles de l'impression. L'imperfection de la perception peut par conséquent être due à une défectuosité de l'union de plusieurs de ces facteurs.

1° Le stimulus physique est la force qui, en agissant sur le corps, donne naissance à une sensation : on la confond souvent avec la sensation elle-même, bien qu'elle en soit distincte ; par exemple la même force qui, agissant sur l'œil, donne la sensation de lumière, donnera, si elle agit sur la peau, la sensation de chaleur, et pourra ne pas donner de sensation du tout si elle agit sur la tête couverte de cheveux. Il est probable qu'il y a de nombreuses forces, peut-être très importantes, que nous ne connaissons pas parce qu'elles n'agissent sur aucun organe sensible à leur action. Tous les stimulants physiques ont un caractère mal défini, et peuvent être disposés en une série dont ni le commencement ni la fin ne sont définis et dont l'unité n'est pas précise; 2° l'effet de l'organe sensoriel sur cette série dont on vient de parler est précisément de lui donner un commencement et une fin qui sont nets; 3° l'auteur indique ensuite le rôle, dans la vision prise pour exemple, des nerfs qui transmettent les effets du stimulus

physique; 4° il croit, mais ne dispose pas de la place nécessaire pour donner les raisons de cette opinion, que le centre de la mémoire qui reçoit l'impression totale est situé dans les couches optiques; 5° enfin l'impression totale étant amenée au centre de mémoire, les différentes parties de cette impression (couleur, forme, volume, etc.) sont transmises à l'intelligence par des centres définis de perception.

Par *série psycho-physique*, l'auteur entend désigner une série physique, telle qu'elle apparaît à l'esprit : c'est une sensation rapportée à des objets externes : et dans la dernière partie de ce travail, il étudie la question de l'unité psycho-physique absolue, et de l'unité psycho-physique approchée. R. DE MUSGRAVE-CLAY.

LVIII. **Démonstration de préparations, et projections lumineuses provenant du laboratoire d'anatomie pathologique des asiles de Londres, à Claybury**; par J. SHAW BOTTON. (*The Journal of Mental Science*, Octobre 1900.)

LIX. **Démonstration par projections lumineuses des modifications des cellules nerveuses corticales dans la paralysie générale**; par George A. WATSON. (*The Journal of Mental Science*, octobre 1900.)

LX. **Quelques altérations pathologiques observées dans les grandes cellules nerveuses des aliénés, avec étude spéciale de l'état connu sous le nom de « réaction à distance »**; par John TURNER. (*The Journal of Mental Science*, octobre 1900.) Travail accompagné de planches.

Ces trois mémoires sont des démonstrations faites au moyen de projections lumineuses et échappent à l'analyse.

R. DE MUSGRAVE-CLAY.

LXI. **Démonstration microscopique de l'histologie normale et pathologique des cellules de la névroglie**; par Ford ROBERTSON. (*The Journal of Mental Science*, octobre 1900.)

L'auteur a imaginé une méthode nouvelle pour étudier les tissus nerveux qui consiste à y déposer du platine. A l'aide de cette méthode il a démontré entre autres choses, que la névroglie se compose de deux séries d'éléments, et non pas d'une seule. La névroglie est attachée aux artères, aux fibres et aux cellules nerveuses, auxquelles elle forme un milieu général de soutien : l'auteur y a trouvé une autre série de cellules qu'il appelle cellules de la mésoglie et qui sont constituées par un corps cellulaire de forme typique, un noyau et plusieurs prolongements, lesquels

n'ont aucune connexion ni avec le tissu vasculaire, ni avec les cellules nerveuses ni avec les fibres nerveuses. Les cellules de la mésoglie ont un aspect absolument différent de celui des cellules de la névroglie, se rencontrent également dans la substance blanche et dans la substance grise et paraissent aussi nombreuses dans le cerveau que celles de la névroglie. Nous ne connaissons pas encore avec certitude les fonctions des cellules de la mésoglie, mais elles jouent assurément un tout autre rôle qu'un rôle de soutien dans la structure générale du cerveau. Dans certaines conditions pathologiques, elles paraissent exercer une action phagocytique. Elles fournissent sinon la totalité, au moins la majeure partie des corpuscules amyloïdes qui se rencontrent dans quelques-unes des dégénérescences chroniques du cerveau.

R. DE MUSGRAVE-CLAY.

LXII. **Angiome de la circonvolution de Broca** ; par A.-F. SHOYER. (*The Journal of Mental Science*, octobre 1900.)

Ces angiomes ne sont pas communs, et l'auteur n'en connaît que sept cas dans le cerveau. Les remarques de l'auteur sur ce fait rare se résument ainsi : l'état curieux des vaisseaux de la pie-mère, observé dans le cas actuel et dans celui de M. Beadles, ainsi que le cas de Starr et Mac Cosh où les membranes seules étaient affectées viennent à l'appui de l'opinion du Dr Ohlmacher que cet état débute par les membranes molles ; mais dans le cas actuel comme dans celui du Dr Beadles, le sang était surtout fourni par la cérébrale moyenne. On a souvent attribué aux angiomes du foie une origine traumatique, et il est intéressant de remarquer que dans plusieurs des cas connus d'angiome du cerveau, on note dans les antécédents une lésion de la tête, et que, dans le cas actuel il y avait une hémiplégie antérieure, en sorte qu'il se peut que cet état prenne naissance au siège d'une vieille hémorrhagie et soit dû à un trouble de la circulation cérébrale. R. DE MUSGRAVE-CLAY.

LXIII. **Deux cas de leptoméningite** ; par J.-O. WAKELIN BARRATT. (*The Journal of Mental Science*, octobre 1900.)

Dans ces deux cas on a pu étudier non seulement les états histologiques, mais encore les états bactériologiques ; dans tous les deux, il y avait coexistence d'altérations de la pie-mère et de l'arachnoïde antérieures à l'apparition de la leptoméningite finale. Dans ces deux cas la leptoméningite n'a pu être reconnue pendant la vie, la coexistence d'autres lésions ayant rendu le diagnostic très difficile. Les particularités les plus intéressantes de ces deux cas sont fournies et résumées de la manière suivante par l'auteur lui-même :

Observation I. — *A*. Deux états pathologiques coexistaient au moment de la mort dans la pie-mère et l'arachnoïde, l'un récent, l'autre ancien. *a*) Il y avait une exsudation leuco-séreuse distribuée en manière de plaques dans les mailles de la pie-mère et de l'arachnoïde. avec des espaces intercalaires paraissant indemnes de toute inflammation, bien que distendus, comme les ventricules du cerveau, par un liquide clair jaunâtre. L'exsudat contenait des streptocoques en grand nombre, dont la morphologie et les réactions de coloration se rapportaient au streptococcus pyogenes albus. On trouvait aussi sur l'épendyme revêtant les ventricules de la lymphe contenant des streptocoques de même aspect et se colorant de même. L'écorce cérébrale sous-jacente colorée par la méthode de V. Giesen ne présentait pas de grosse lésion. *b*) La pie-mère et l'arachnoïde présentaient en outre les altérations qui se rencontrent communément dans les asiles, c'est-à-dire qu'elles étaient épaissies et opaques, distendues par un liquide clair dans les espaces qui séparaient les foyers semi-purulents ; au microscope elles montraient une abondance de tissu connectif, dans les mailles duquel se trouvaient de nombreuses cellules, mono-nucléées et avec cytoplasme abondant, toutes altérations évidemment antérieures au début de la leptoméningite terminale. — *B*. La leptoméningite est survenue vers la fin d'une tuberculose largement diffuse, affectant les tissus osseux et pulmonaire et accompagnée de lésions amyloïdes étendues du foie, de la rate, des reins et de l'intestin. Il n'y avait aucune lésion suppurative ouverte à la surface, exception faite pour un sinus au niveau du sternum, et là probablement a été la source de l'infection des méninges cérébrales : un dépôt caséeux a été rencontré entre la dure-mère et l'os, à la région temporale gauche, mais on n'a pas trouvé de bacilles tuberculeux dans la pie-mère et l'arachnoïde. — *C*. Pendant la vie on n'a noté nul symptôme pouvant suggérer la possibilité d'une leptoméningite.

Observation II. — *A*. Deux états pathologiques coexistaient dans la pie-mère et l'arachnoïde, l'un récent, l'autre de date ancienne. *a*). On trouvait dans les mailles de la pie-mère et de l'arachnoïde un exsudat fibrineux, irrégulièrement distribué. Cet exsudat contenait des diplocoques présentant l'aspect morphologique, les réactions de coloration et les caractères de culture du *Diplococcus pneumoniæ* de Fraënkel. Des micro-organismes semblables se rencontraient dans la lymphe qui revêtait l'épendyme des ventricules. L'écorce cérébrale sous-jacente colorée par la méthode de V. Giesen paraissait exempte de grosses lésions. *b*) Au microscope, la pie-mère et l'arachnoïde étaient épaissies et infiltrées de cellules à cytoplasme abondant, états qui sont communément associés à l'atrophie chronique du cerveau et à l'excès de liquide dans l'espace sous-arachnoïdien et les ventricules. — *B*. La leptoméninn-

gite est survenue en même temps que la suppuration du tissu hépatique : il existait un papillome à l'ouverture dans le duodénum du canal cholédoque commun, lequel était dilaté, ainsi que la vésicule, qui contenait des calculs. La tête du pancréas était le siège d'une pancréatite chronique. Les foyers de suppuration du foie contenaient des diplocoques analogues à ceux de la pie-mère, et constituaient probablement la source de l'infection de cette membrane. — *C.* Pendant la vie les symptômes que l'on aurait pu rapporter à l'état de la pie-mère ont été obscurcis par ceux qui appartenaient aux lésions abdominales. R. DE MUSGRAVE-CLAY.

LXIV. **Corps étrangers dans les deux bronches ; broncho-pneumonie. Mort** ; par Francis-O. SIMPSON. (*The Journal of Mental Science*, juillet 1900.)

Malade atteint de démence épileptique. Pneumonie lobulaire à début brusque. Orthopnée. Mort. A l'autopsie, on trouve dans chacune des deux bronches, à un demi-pouce au-dessous de leur bifurcation trachéale, un fragment de fourneau de pipe en terre.

R. DE MUSGRAVE-CLAY.

LXV. **Un cas de gliome du corps calleux**; par C. MABEL BLACKWOOD. (*The Journal of Mental Science*, juillet 1900.)

Les tumeurs de la substance cérébrale déterminant des affections mentales sont relativement rares; le nom de gliome a été attribué à diverses sortes de tumeurs de cet ordre, et plus spécialement à une variété de sarcome à petites cellules rondes. Virchow a décrit sous ce nom une tumeur composée de tissu analogue à la névroglie ordinaire; ce type ne paraît pas être le plus commun. Payne signale la possibilité d'une combinaison des deux types. La tumeur observée par l'auteur paraît appartenir au second type et être par conséquent assez rare. Elle siégeait dans les deux tiers postérieurs du corps calleux, d'où elle s'étendait en haut et latéralement jusqu'à un demi-pouce de l'écorce cérébrale, intéressant dans une certaine mesure le gyrus fornicatus. Elle comprimait les ventricules latéraux qu'elle fermait en partie : l'épendyme de leur plancher et de leur plafond était affecté; mais les ganglions de la base étaient normaux. La tumeur n'était pas enkystée et paraissait plonger librement dans la substance blanche. La plus grande partie de la tumeur était située au-dessus du plafond de chacun des ventricules et chaque moitié avait la grosseur d'un œuf de pigeon : elle était de consistance molle et de couleur grisâtre ou rougeâtre, en partie gélatineuse, en partie translucide. La protubérance était molle et désorganisée, mais la moelle ne paraissait pas altérée.

Au microscope, les cellules corticales de la circonvolution frontale ascendante gauche étaient en état de dégénérescence granulo-graisseuse. Les parois des vaisseaux étaient épaissies. L'auteur donne ici le détail de l'examen histologique de la tumeur à des grossissements différents et par diverses méthodes.

Le malade porteur de cette tumeur était un homme de cinquante-six ans, héréditairement prédisposé à la folie, ayant déjà eu des « attaques » sur la nature desquelles il n'a pas été possible d'obtenir de renseignements précis. Il était très faible pendant son court séjour à l'asile, sa démarche était incertaine, et il avait un tremblement bien net des lèvres et des membres. Exagération des réflexes rotuliens et superficiels. Mentalement, intelligence très affaiblie, mémoire très faible. Il fut pris de somnolence habituelle et mourut dans un état semi-comateux, sans avoir eu de convulsions.

Ce cas montre le caractère vague des symptômes dans le cas de tumeur du corps calleux, et, par suite, les difficultés du diagnostic. R. DE MUSGRAVE-CLAY.

LXVI. **Continuité de travail dans des conditions différentes** ; par le Rev. H. HAWKINS. (*The Journal of Mental Science*, juillet 1900.)

L'auteur s'attache à démontrer de quelle manière les fonctionnaires médicaux ou autres des asiles d'aliénés, pourraient encore, lorsque l'heure de la retraite a sonné pour eux, collaborer utilement pour leurs confrères, agréablement pour eux, et charitablement pour les malades à l'œuvre qui a été l'occupation de leur vie active. R. M. C.

LXVII. **Sur la meilleure méthode à appliquer aux travaux anatomo-pathologiques des asiles irlandais** ; par W. R. DAWSON. (*The Journal of Mental Science*, juillet 1900.

Etude intéressante, mais spéciale à ces asiles, et que nous ne pouvons par conséquent qu'indiquer. R. M. C.

LXVIII. **Relation d'un cas de névrite faciale associée à une névrite rétro-orbitaire unilatérale** ; par William M. LESZYNSKY. (*The New York Medical Journal*, 10 novembre 1900.)

Femme de trente-huit ans, ayant toujours eu une bonne santé générale : il y a un an, trois hémoptysies. Il y a cinq semaines, douleur vive et tintements à l'oreille gauche, puis paralysie du côté gauche de la face, avec lagophthalmos et perte de l'irritabilité faradique. Sens du goût émoussé sur les deux tiers antérieurs gauches de la langue. Pupilles normales. Otite catarrhale chronique bilatérale. Rien à l'auscultation. Pas de syphilis. Traitement

galvanique. Amélioration de la paralysie faciale; mais bientôt douleur vive à la région temporale gauche et dans la zone de distribution du nerf susorbitaire; puis une semaine après diminution de la vision de l'œil gauche, et deux jours plus tard cécité complète de cet œil.

Aux dernières nouvelles de la malade (octobre 1900) la motilité des muscles de la face ne s'est pas améliorée. L'atrophie du nerf optique est très avancée, et la vision du côté malade est limitée à la perception de la lumière. L'état de la pupille n'est pas modifié.

R. DE MUSGRAVE-CLAY.

LXIX. **Altérations nerveuses dans la cirrhose**; par le Dr DE BUCK. (*Journ. de Neurologie*, 1901, n° 13.)

L'observation qui sert de base à ce travail est celle d'une femme de trente-huit ans atteinte de cancer du sein, qui fut prise d'une paraplégie douloureuse avec exagération, puis plus tard, abolition des réflexes tendineux. On crut à une compression de la moelle dorso-lombaire par un processus néoplasique métastatique partant du corps vertébral ou des méninges. L'autopsie démontra l'absence complète de compression médullaire. La moelle qui, microscopiquement, paraissait normale, de même que ses enveloppes, était en réalité le siège d'altérations dégénératives diffuses prédominant sur les cordons postérieurs et pyramidaux. G. D.

LXX. **Réflexe achilléen paradoxal**; par le Dr DEBRAY. (*Journ. de Neurologie*, 1901, n° 14.)

Le phénomène sur lequel l'auteur appelle l'attention est une flexion du pied (au lieu de l'extension normale) consécutivement à la percussion du tendon d'Achille. Il l'a observé chez une femme atteinte de polynévrite du membre inférieur gauche et chez un homme atteint de paralysie spinale syphilitique de Erb. Ce réflexe achilléen paradoxal serait dû, d'après l'auteur, à un état hypertonique, vis-à-vis de ceux de la région postérieure, des muscles fléchisseurs du pied, permettant ainsi à la percussion du tendon de mettre en action leur contractilité, avant que celle de leurs antagonistes ne soit éveillée. G. D.

LXXI. **Cellules nerveuses à deux noyaux**; par SANO. (*Journ. de Neurologie*, 1901, n° 2.)

LXXII. **Etude sur le clonisme tendineux**; par CROCQ. (*Journ. de Neurologie*, 1901, n° 2.)

Ce travail contient huit observations de lésions du faisceau pyramidal soit dans sa portion cérébrale, soit dans sa portion médul-

laire. Sur ces huit cas, l'auteur a trouvé le clonus rotulien six fois par percussion et deux fois par abaissement de la rotule, six fois le clonus du pied et trois fois le clonus du poignet par percussion. Il résulte de cette comparaison que le clonus de la rotule et du poignet se produit plus facilement par la percussion des tendons que par les manœuvres recommandées jusqu'ici, c'est-à-dire, l'abaissement brusque de la rotule d'une part, et l'extension brusque de la main de l'autre. L'auteur tire en outre de ces constatations la conclusion que le clonisme tendineux a la même signification que le reflexe de Babinski, à savoir une perturbation dans le système pyramidal. G. D.

LXXIII. **Sur la raison physiologique et la localisation probable du réflexe patellaire**; par le Dr Laureys. (*Journ. de Neurologie*, 1900, n° 25.)

D'après l'auteur de ce travail, les réflexes rotuliens et achilliens auraient chez l'homme un rôle plus important que celui de protéger les articulations. Ces réflexes mettent en cause les muscles dont dépend chez l'homme l'équilibre de tout le corps dans la station et dans la marche : ils entreraient en jeu par exemple dans une chute sur les pieds, une chute d'un corps pesant sur les épaules, une pression se produisant brusquement dans le creux du jarret, etc.) Chez l'animal, dont l'équilibre est infiniment plus stable que celui de l'homme, ces réflexes jouent un rôle beaucoup moins important.

Quant à la localisation du réflexe rotulien, M. Laureys se rallie à la nouvelle théorie de van Gehuchten, qui fait jouer au noyau rouge le rôle excitateur qui, dans la théorie de Bastiau, était attribué au cervelet. Cette théorie lui semble cependant en contradiction avec le fait que, chez l'homme aussi bien que chez l'animal, le pouvoir réflexe de la moelle peut être conservé après sa section cervicale ou dorsale. G. D.

LXXIV. **Un procédé spécial pour provoquer le sommeil artificiel**; par P. Hartenberg. (*Journ. de Neurologie*, 1900, n° 22.)

En présence de malades atteints de troubles nerveux, contre lesquels la suggestion dans le sommeil artificiel est indiqué, mais à qui cependant pour des raisons spéciales, ce sommeil artificiel ne peut pas être proposé, on peut avoir recours à la suggestion hypnotique indirecte. Le procédé que recommande le Dr Hartenberg consiste à faire exécuter aux malades de larges inspirations en même temps qu'on leur applique sur le front et sur la poitrine les deux électrodes d'une petite machine faradique, dont on fait fonctionner le trembleur, mais sans faire passer le courant. Les sujets

ne tarde pas à se fatiguer et à s'endormir ; le moment est alors venu de formuler les suggestions thérapeutiques. On les exprime dans les mêmes conditions qu'avec le sommeil suggéré verbalement et suivant les indications particulières de chaque cas. G. D.

LXXV. **Réflexes tendineux et réflexes cutanés** ; par le Dr LAUREYS. (*Journ. de Neurologie*, 1900, n° 24.)

Contrairement à l'opinion de quelques auteurs (Rossbach et Nothnagel, Guelliot) l'auteur a constaté au cours d'une vingtaine de chloroformisations chez l'homme, que les réflexes cutanés, surtout l'abdominal et le crémasterien, disparaissent avant les réflexes tendineux. Dans plusieurs cas les réflexes tendineux non seulement n'étaient pas abolis en même temps que les cutanés, mais leur recherche produisait une véritable trépidation épileptoïde, alors qu'on ne parvenait pas à démontrer les réflexes cutanés. Ces faits confirment donc les idées de Van Gehutchten sur la nature corticale des réflexes cutanés et leur antagonisme avec les réflexes tendineux.

G. D.

LXXVI. **De l'état des réflexes chez les syphilitiques** ; par le Dr BINET-SANGLÉ. (*Journ. de Neurologie*, 1901, n° 14.)

Voici un tableau comparatif de l'état des réflexes chez 13 sujets sains et chez 13 sujets syphilitiques pris dans les mêmes conditions :

	Sujets sains.	Sujets syphilitiques.
Réflexe pharyngien. . . .	aboli chez 2 sur 13	aboli chez 2 sur 11
— admoninal	aboli chez 1 sur 13	aboli chez 3 sur 13
— olécranien	normal chez tous	aboli chez 3 sur 13
— patellaire.	id.	aboli chez 5 sur 13

Rapprochant ces constatations de celles qui ont été faites par MM. Babinski, Sulzer, etc., sur les troubles des réflexes pupillaires dans la syphilis, l'auteur tire de l'ensemble de ces recherches les conclusions suivantes :

Le poison syphilitique altère d'une façon précoce (un mois à deux ans) le système nerveux et en particulier les neurones qui précèdent aux réflexes pupillaires, olécrânien et patellaire.

Cette altération porte vraisemblablement sur les prolongements cylindraxiles du protoneurone centripète par où commencent les lésions nerveuses du tabes.

La diminution et surtout l'abolition des réflexes est l'un des symptômes de la syphilis et devra toujours faire craindre l'apparition du tabes. Ce phénomène constitue en outre une indication de continuer le traitement spécifique et parait susceptible de fournir des indications précieuses quant aux doses actives. G. DENY.

LXXVII. Considérations sur les réflexes cutanés et les réflexes tendineux; par Van Gehuchten. (*Journ. de Neurologie*, 1900, n° 24.)

De l'examen attentif d'un certain nombre de cas de lésions du cerveau et de la moelle, M. Van Gehuchten croit pouvoir conclure à l'indépendance des réflexes cutanés et des réflexes tendineux, les premiers étant d'origine corticale, les seconds d'origine sous-corticale, probablement mésencéphalique (noyau rouge). L'auteur admet en outre que dans le réflexe de Babinski il y a deux phénomènes distincts : l'abolition du réflexe plantaire normal et la production d'un phénomène nouveau, l'extension du gros orteil, et il estime, qu'au point de vue du diagnostic notamment entre une hémiplégie organique et une hémiplégie hystérique, l'abolition des réflexes cutanés (abdominal et crémasterien) a une importance tout aussi considérable que l'existence du reflexe de Babinski. G. D.

LXXVIII. Les effets de la ligature de la moelle cervico-dorsale chez les animaux; par Crocq. (*Journ. de Neurologie*, 1901, n° 14.)

Pour démontrer que la gêne circulatoire provoquée par la compression de la moelle à la région cervico-dorsale n'est pour rien dans les modifications des réflexes que l'on observe consécutivement, Crocq a lié la moelle cervicale ou dorsale supérieure chez quatre lapins, deux chiens et un singe.

Chez les lapins et les chiens, cette ligature a été suivie d'une exagération des réflexes tendineux ; chez le singe, au contraire, d'une abolition des mêmes réflexes. L'auteur en conclut que cette abolition ne peut pas être le fait de troubles circulatoires et que les artères spinales antérieure et postérieure ne jouent qu'un rôle secondaire dans la vascularisation de la moelle lombaire qui serait irriguée avant tout par l'aorte abdominale.

LXXIX. **L'atrophie olivo-ponto-cérébelleuse**; par Déjerine et Thomas. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, n° 4, 1900.)

Deux observations dont une avec autopsie qui se trouvent résumées dans ces conclusions. « Il existe une affection cérébelleuse caractérisée anatomiquement par l'atrophie de l'écorce, des olives bulbaires et de la substance grise du pont, par la dégénérescence totale du pédoncule cérébelleux moyen et par la dégénérescence partielle du corps restiformé, par l'intégrité relative des noyaux gris centraux ; c'est une atrophie primitive dégénérative systématique, ni scléreuse, ni inflammatoire. Cliniquement, elle est moins bien caractérisée, elle se manifeste par le syndrome cérébelleux

commun à toutes les atrophies cérébelleuses. Elle n'est ni héréditaire, ni familiale, ni congénitale ; elle survient à un âge avancé. Son étiologie est obscure. Elle rentre dans le cadre des atrophies cellulaires primitives. Nous la désignons sous le nom d'atrophie olivo-ponto cérébelleuse. » R. C.

LXXX. Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique et de l'istopathologie de la paralysie générale ; par SOUKHANOFF et GEIER. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, n° 5, 1900.)

Examen histologique des différentes régions des centres cérébro-spinaux de deux paralytiques généraux d'après le procédé de Bush, après durcissement au formol. Les auteurs ont recontré, dans les différentes régions examinées, les altérations dégénératives déjà signalées des cellules de leurs prolongements dendritiques et de la névroglie. Ces altérations présentaient des accentuations et des localisations en rapport avec la durée de l'évolution de la maladie, avec les accidents aigus intercurrents et la prédominance des symptômes cliniques dans le sens moteur ou sensitif.

R. C.

LXXXI. Réflexes tendineux dans la fièvre typhoïde ; par REUMLINGER.

Les réflexes ont été étudiés chez un assez grand nombre de typhiques. Ordinairement ils étaient modifiés, souvent exagérés, d'autrefois diminués ou abolis, l'état normal était conservé dans les formes bénignes.

La trépidation épileptoïde existait quelque fois, mais moins fréquemment. Il y avait en outre trépidation du tendon d'Achille et une trépidation rotulienne.

Ces différents symptômes sont très souvent dissociés ; ils apparaissent à la convalescence et ont peu de valeur au point de vue du pronostic. M. H.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE.

I. Étude sur l'action du gelsemium sur les noyaux des nerfs cérébraux moteurs ; par R.-H. WHITEHEAD. (*The New York Medical Journal*, 18 août 1900.)

Les conclusions de l'auteur sont les suivantes : 1° les doses toxi-

ques de gelsemium déterminent la chromatolyse des cellules qui constituent les noyaux des nerfs moteurs cérébraux ; 2° les altérations ainsi provoquées n'ont aucun caractère spécifique ; elles sont absolument semblables à celles que déterminent les divers autres agents qui exercent une action novice sur les cellules nerveuses motrices. R. DE MUSGRAVE-CLAY.

II. Étiologie et guérison de l'hystérie ; par F. WALTER. (*The New York Medical Journal*, 21 juillet 1900.)

Si, dans un cas d'hystérie, du type actif ou convulsif, on administre une culture massive de bacillus coli d'origine infectieuse, on voit les symptômes (à l'exception des phénomènes latents ou post-hystériques tels que la paralysie) disparaître dans un délai qui varie de vingt-quatre à quarante-huit heures, et le malade est rendu à la santé, en ce qui concerne l'état hystérique ; quant à la débilité et aux phénomènes neurasthéniques, leur survie peut être indéfinie. L'uniformité avec laquelle la guérison s'opère peut faire classer ce médicament parmi les agents spécifiques : l'action de la quinine dans le paludisme n'est ni plus sûre ni plus invariable.

Ce phénomène clinique, rapproché de ce que nous savons sur la bactériologie du canal intestinal paraît légèrement paradoxal. Le bacillus coli existe invariablement dans les déjections des hystériques : comment se fait-il qu'il se transforme en agent curatif? Deux interprétations se présentent : ou bien il existe un organisme spécifique générateur de l'hystérie que nos méthodes actuelles ne nous permettent pas encore de différencier du *bacillus coli communis* ; ou bien le bacillus coli, généralement inoffensif, est susceptible de revêtir chez les sujets prédisposés des propriétés toxiques. Dans l'une ou l'autre hypothèse la méthode de traitement que l'auteur préconise a simplement pour effet de déplacer le micro-organisme nocif. R. DE MUSGRAVE-CLAY.

III. Le traitement de l'habitude de la morphine : la guérison est-elle possible ? par James H. MAC-BRIDE. (*The New York Medical Journal*, 18 août 1900.)

La guérison de la morphinomanie n'est pas aussi simple qu'on l'a souvent prétendu, et les cures radicales sont rares. Le but à atteindre est assurément de faire renoncer le malade à son poison, mais il faut l'atteindre en réduisant au minimum les souffrances qui résultent de la privation du médicament; et il faut se souvenir que ces souffrances sont réelles, bien que variables suivant les sujets. Le traitement n'est guère possible que dans des établissements spéciaux ; dans les familles les rechutes sont trop faciles. Il ne faut jamais supprimer brusquement la morphine, mais

réduire les doses plus ou moins rapidement suivant les cas. Quand on les réduit rapidement, il est bon de maintenir le malade au lit, ou tout au moins dans la position étendue. Un point important dans le réglage de la diminution des doses, c'est de toujours laisser le malade se remettre des effets d'une diminution de dose avant de prescrire une nouvelle réduction. C'est ordinairement quand le médicament est réduit à des doses minimes que les effets les plus douloureux et les plus pénibles se manifestent. Les bains chauds sont alors très utiles, ainsi que le massage. Parmi les médicaments, on donnera la préférence aux bromures, en évitant le bromisme. Parmi les toniques et les stimulants on choisira la quinine, et mieux encore, la noix tonique ou son alcaloïde, à petites doses ; on donnera aussi l'extrait de coca. La caféine n'a pas paru rendre de services. L'insomnie est difficile à combattre, et l'on ne sait à quel narcotique s'adresser tant leurs effets sont variables et incertains chez ces malades. Le renoncement à la morphine, la possibilité de s'en passer sans souffrir, ne sont que le commencement de la guérison, qu'il faut achever en la rendant durable et définitive. Ces malades étant presque toujours de volonté faible, c'est à reconstituer leur caractère et leur volonté qu'il faut s'attacher si l'on veut que la cure soit vraiment radicale.

R. DE MUSGRAVE-CLAY.

IV. **La chirurgie du ganglion sympathique cervical supérieur** ; par George-F. SUKER. (*The New York Medical Journal*, 24 février 1900.)

L'excision du ganglion sympathique cervical supérieur a été tentée dans ces derniers temps comme traitement du glaucome, de la maladie de Basedow, de l'épilepsie, et tout à fait dernièrement, de l'atrophie simple du nerf optique. Les cas sont peu nombreux, mais les résultats ont été si avantageux, et autant qu'on peut le dire pour des faits récents, si durables que cette opération a soulevé un véritable enthousiasme. L'auteur toutefois estime que dans l'épilepsie, elle n'est pas rationnelle, et que les résultats favorables sont susceptibles d'autres interprétations plus logiques. Elle constitue au contraire un mode de traitement rationnel du goitre exophthalmique, et l'auteur développe les raisons anatomiques sur lesquelles il appuie cette opinion. Dans 32 cas de maladie de Basedow traités par l'excision il a eu : guérison dans 28,1 p. 100 des cas ; amélioration marquée dans 50 p. 100 ; insuccès dans 12,5 p. 100, et mort dans 9,3 p. 100.

C'est à Jonnesco, de Bucarest, que revient l'honneur d'avoir le premier conseillé l'excision de ce ganglion dans le glaucome, et c'est certainement un des plus importants progrès réalisés récemment par la chirurgie. L'auteur entre ici dans des considérations

détaillées sur la pathogénie du glaucome et constate que, sauf dans la forme hémorragique, l'excision du ganglion sympathique cervical supérieur est indiquée dans tous les cas de glaucome, où elle a pour résultat d'abolir la douleur, de contracter la pupille, d'augmenter la vision quand l'atrophie de la papille n'est pas complète, de réduire la tension.

En résumé, la résection de l'un ou des deux ganglions sympathiques cervicaux supérieurs constitue dans le cas de glaucome, d'atrophie simple du nerf optique, de maladie de Basedow, et peut-être après tout d'épilepsie, une intervention chirurgicale nettement définie, et donnant dans les cas appropriés des résultats positifs. R. DE MUSGRAVE-CLAY.

V. **Chirurgie cérébrale moderne**; par G. EMERSON BREWER. (*New-York Medical News*, 23 décembre 1899.)

Six observations d'opérés du trépan dont trois pour traumatisme crâniens et trois pour épilepsie traumatique trois succès, un décès et deux résultats douteux. A. M.

VI. **Traitement de la maladie de Little. Observations cliniques**; par DANIEL. (*Policlinique*, Bruxelles, décembre 1900.)

VII. **De l'emploi de la lécithine dans les maladies nerveuses**; par W. DANILIEWSKY (*Obozrénié psichiatrii*, IV, 1899.)

L'auteur a observé que les petits chiens auxquels on donne de la lécithine sont remarquablement plus développés, plus vigoureux, et plus vifs que les autres; ils sont aussi plus intelligents, plus précoces. La lecithine stimule donc le développement du système nerveux. Si l'on donne à la lécithine la possibilité de pénétrer, par le sang, dans la substance cérébrale, on favorise le rétablissement de l'équilibre chimique rompu du tissu nerveux. Peut-être la lécithine exerce-t-elle aussi une action pharmacodynamique sur le cerveau. Quant à ses produits de décomposition, choline et neurine, leur toxicité, de la dernière en particulier, est depuis longtemps déjà établie.

En administrant la lécithine à jeun et en mélangeant sa solution alcoolique forte à de l'eau, il est possible d'espérer que toute la quantité en est absorbée, à la condition que l'ingestion d'aucune nourriture, d'aucun aliment acide n'excite la sécrétion du suc pancréatique qui décomposerait la lécithine. Doses quotidiennes buccales : 20 à 30 centigrammes pendant deux à trois semaines.

P. KERAVAL.

VIII. Nature et traitement de la myélite aiguë; par MARINESCO. (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, n° 6, 1900.)

Communication au congrès international de 1900, portant sur des recherches anatomo-pathologiques délicates et tendant à établir le véritable processus pathogénique de la myélite aiguë. Les différentes phases de ce processus apparaissent sur des coupes microscopiques très intéressantes (congestion vasculaire plus ou moins intense, formation de nodules leucocytiques périvasculaires ou péricellulaires, foyer de ramollissement myélitique avec présence d'agents infectieux dans les leucocytes, staphylocoques). Des expériences faites chez les animaux (injections de différents microbes dans le canal arachnoïdien), en permettant de réaliser à volonté presque tous les types anatomo-cliniques de la myélite selon des localisations ou des degrés de gravité dépendant seulement des conditions de virulence plus ou moins active du microbe, ou de résistance plus ou moins grande du sujet, sont un nouvel appoint à théorie infectieuse des myélites et éclairent la marche de l'infection. Au point de vue du traitement, l'auteur se borne à signaler l'impuissance, vérifiée par lui, des antiseptiques et des sérums connus jusqu'à ce jour. C'est de la découverte d'un sérum efficace contre le staphylocoque, le pneumocoque, le microbe de l'influenza, agents les plus communs de la myélite aiguë, qu'il faut attendre la guérison de cette affection. R. C.

IX. Sur l'acroparesthésie et son traitement par l'électricité; par LUZENBERGER. (*Œrte medica*, 1899, n° 40.)

Courte revue critique à l'occasion d'un cas observé par l'auteur. L'examen électrique a montré que le médian et le radial présentaient des modifications qualitatives à la réaction. De la critique de son propre cas et de l'étude au diagnostic différentiel, l'auteur conclut que dans l'acroparesthésie il s'agit vraisemblablement d'une névrite périphérique. Le cas guérit à la suite de quelques applications à tous les muscles de l'avant-bras de courants galvaniques interrompus et de courants faradiques. L. D.

X. Thérapeutique de la folie; par HARRINGTON SAINSBURY. (*The Journal of Mental Science*, juillet 1900.)

On ne peut qu'indiquer ici ce travail utile à consulter, — sans l'analyser, parce qu'il n'est lui-même qu'une analyse de quelques travaux récents sur les diverses médications adoptées ou proposées dans le traitement des différentes formes d'aliénation mentale. R. DE MUSGRAVE-CLAY.

XI. Nouveau traitement des vertigineux de l'oreille; par M. Libotte. (*Journ. de Neurologie*, 1901, n° 10.)

Le traitement que l'auteur préconise contre les états vertigineux chroniques dépendant de l'oreille consiste dans l'application de l'électricité statique au moyen d'une électrode spéciale, le patient étant isolé sur le tabouret. Cette électrode représente une tige en bois terminé par un bout en ébonite et renfermant en son centre un fil en graphite. En rapport avec le pôle positif de la machine, le sujet reçoit par l'électrode auriculaire, l'aigrette du pôle négatif qui va impressionner directement le tympan, les osselets et les muscles. G. Deny.

XII. Traitement des cas récents de folie; par C.-B. Burr. (*The american Journal of Insanity*, 1900, p. 669-680.)

Il n'y a plus de praticien qui ait le droit de dire : « Je ne connais rien à la folie », ni qui puisse se borner à dire : « Ce malade est fou ». Tout médecin doit, en remontant dans les antécédents, assigner à chaque cas d'excitation ou de dépression, sa place nosographique. C'est pour ces praticiens que l'auteur résume dans l'article les indications de la thérapeutique : isolement du malade, de ses proches ; inutilité de discuter les concepts morbides, etc. Simon.

XIII. Traitement du malade et du fou en Perse; par Jame P. Cochran. (*American Journal of Insanity*, juillet 1899, p. 105-107.)

Pas d'asiles, sauf quatre hôpitaux dépendant des missions étrangères, un seul petit soigne à Téhéran les maladies aiguës. Les idiots restent chez eux avec le reste de leur famille et se mêlent aux autres enfants du village. Quant aux fous et nerveux, ici les esprits sont manifestement présents, et il faut donc pour les traiter quelque chose de plus spirituel que les matières médicales ordinaires. Il y a pour cela une classe spéciale de médecins, dits docteurs priants, qui vendent au malade dans ce but des citations des livres sacrés de Mahomet; on en écrira une, par exemple, dix fois avec du musc et du safran à l'intérieur de quelque vase, après quoi on lave avec de l'eau pure et l'on donne à boire au patient. Heureusement la folie est relativement peu fréquente. Car après que les amis du malade ont essayé quelques moyens semblables au précédent, il est autorisé à errer alors, vêtu ou nu, à la risée des enfants, ou s'il est dangereux, attaché à quelque pilier de maison ou poteau d'étable, il y reste jusqu'à sa mort.

L'article contient aussi quelques renseignements sur les procédés de la médecine et de la chirurgie générales). Simon.

XIV. Extrait thyroïdien. Revue des résultats obtenus dans le traitement de 1 032 cas de folie; par William MABON et Warren L. BABBOCK. (*American Journal of Insanity*, octobre 1899, p. 257 à 273.)

Les auteurs ont procédé en adressant aux médecins de tous les asiles d'aliénés des Etats-Unis et du Canada le questionnaire suivant : 1° L'extrait thyroïde est-il employé par vous? Si oui, dans quelles maladies est-il essayé? — 2° L'avez-vous employé dans les troubles chroniques avec de bons resultats? — 3° Quel est le nombre de malades traités? — Guéris? — Améliorés? — Non améliorés? — 4° Avec quelles préparations de thyroïde? — 5° Avez-vous observé quelque fâcheux résultat de son usage; — 6° Considérez-vous le traitement thyroïdien comme un aide utile à la thérapeutique de certaines variétés de folie?

L'article donne en outre un tableau résumant les résultats consignés dans 24 articles de divers auteurs empruntés à des périodiques anglais; un autre tableau analysant 61 cas, une feuille de poids et des heures de sommeil, que je crois devoir signaler pour cette dernière indication, et un troisième tableau enfin indiquant l'état du sang avant et après le traitement. De l'étude des documents ainsi recueillis, les auteurs concluent par les propositions suivantes :

1° La dose d'extrait à donner dépend entièrement du cas individuel. Dans quelques cas, 25 grains, trois fois par jour peuvent être nécessaires pour déterminer une réaction circulatoire ou de température, tandis que dans d'autres, les mêmes résultats peuvent être obtenus de l'usage de 5 grains. Chaque cas doit être à lui-même sa loi; 2° Il est essentiel que le malade soit mis au lit pour obtenir les meilleurs résultats et qu'il continue ainsi pendant le traitement et pendant une semaine après sa cessation; 3° Le traitement sera prolongé au moins trente jours; 4° Ne pas se laisser décourager par un échec suivant la première administration, mais avoir recours à deux, trois essais ou plus, si nécessaire; 5° Les résultats les plus favorables du traitement thyroïdien sont à espérer dans les cas de manie aiguë et de mélancolie avec accès prolongés, folies puerpérales ou du retour d'âge, états de stupeur et démence primaire, particulièrement quand ces formes d'aliénation mentale ne répondent pas aux méthodes ordinaires de traitement; 6° Une forte réaction de température n'est pas essentielle, puisque nous avons trouvé que la température maxima moyenne dans les cas recueillis sur des hommes était de 99°6; 7° L'amélioration physique s'obtient dans la plupart des cas qu'une amélioration ait lieu ou non; 8° La proportion d'individus, qui, guéris par le traitement thyroïdien, ont ensuite une rechute est moindre que la proportion qui retombe malade après guérison par les autres méthodes de traitement.

SIMON.

XVI. La valeur pratique de la prophylaxie dans les maladies mentales; par A.-B. Richardson. (*American Journal of Insanity*, octobre 1899, p. 307 à 316.)

Pratiquement la prophylaxie de la folie peut être assurée par les principes suivants : 1° Reconnaître l'existence chez les individus habituellement sains d'un degré variable dans leur capacité à supporter des charges et à faire effort ; 2° Reconnaître que beaucoup de maladies mentales ont leur origine dans le surmenage, c'est-à-dire en l'imposition de charges supérieures au pouvoir de l'individu ; 3° Ne pas penser faciliter la prévention de la folie en limitant les recherches aux phénomènes de la maladie déclarée ou en multipliant les traitements ; 4° Il est à peine raisonnable d'espérer beaucoup de profit d'une législation ou de quelques mesures restrictives, sans le support de l'opinion publique éclairée ; 5° Une grande proportion des cas de folie ont leur source dans des conditions qui, justement comprises et bien estimées permettraient aux intéressés de parer l'attaque ; 6° Des mesures préventives devraient s'occuper d'abord et avant, de répandre la connaissance des causes de la folie parmi le commun peuple, afin qu'il devienne capable d'estimer les dangers inhérents à une condition donnée ; 7° Cette éducation comporterait une étude soigneuse du caractère de l'enfant et du développement des phénomènes mentaux pendant la croissance ; 8° Les agents principaux de telles notions devraient être d'abord les gardiens chargés de l'éducation de l'enfant et secondement les médecins de famille ; 9° La condition présente réclame une instruction plus soigneuse du médecin en tout ce qui concerne les maladies mentales et leur développement et une meilleure préparation des maîtres de la jeunesse à estimer sûrement la capacité, la variabilité et les diverses tendances du caractère des enfants ; 10° Le dernier objet des mesures préventives serait d'ajuster autant que possible le fardeau à la capacité de l'individu, afin qu'il puisse le porter sûrement ; si cela ne se peut, que la défectuosité du moins, ne puisse pas aller plus loin et qu'elle cesse avec l'individu.

Simon.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE.

Séance solennelle du 29 avril 1901. — PRÉSIDENCE DE M. JOFFROY.

Rapports des Commissions des prix.

Prix Belhomme. — Sur le rapport de M. ROUBINOWITCH, une mention honorable est décernée à M. Deswarte, médecin-adjoint de l'asile de Bailleul.

Prix Esquirol. — M. ANTHEAUME donne lecture du rapport de la Commission du prix Esquirol. Conformément aux conclusions proposées, le prix Esquirol est décerné à M. Petit, interne en médecine, à l'Asile clinique, et une mention très honorable est accordée à MM. Buvat et Vurpas, internes, à Villejuif.

Prix Moreau (de Tours). — M. DUPAIN fait une analyse des mémoires proposés pour le prix Moreau (de Tours). Les conclusions de M. Dupain sont adoptées et le prix est accordé à Mlle Tobolowska, pour une étude sur les illusions du temps dans le rêve du sommeil normal. Des mentions honorables sont décernées à MM. Farnarier et Ducoste.

Prix Sémelaigne. — Conformément aux conclusions du rapport de M. FEBVRÉ, le prix Sémelaigne est partagé entre MM. Samuel Garnier, médecin directeur de l'asile de Dijon, et Lalanne, médecin adjoint de l'asile de Maréville. Les 500 francs, constituant le prix, sont ainsi partagés : 300 francs sont accordés à M. Lalanne, et 200 à M. S. Garnier.

Questions à traiter.

Prix Belhomme (1902). — Du sens de l'ouïe chez l'idiot.

Prix Sémelaigne (1903). — Historique de la paralysie générale.

M. B.

Séance du 20 mai 1901. — PRÉSIDENCE DE M. JOFFROY.

LE PRÉSIDENT fait part à la Société de la perte qu'elle vient de faire en la personne d'un de ses anciens présidents et d'un de ses

membres des plus sympathiques, M. Meuriot. Au nom de la Société, M. Joffroy adresse un dernier adieu au regretté Dr Meuriot, et adresse à sa famille, le témoignage ému de la vive et respectueuse sympathie de tous les membres de la Société.

Le Secrétaire général donne lecture du discours qu'il a prononcé sur la tombe de M. Meuriot. — La séance est levée en signe de deuil. M. B.

Séance du 20 mai 1901. — Présidence de M. Joffroy.

Hallucinations psychomotrices et sialorrhée paroxysmale.

M. Trénel communique, au nom de M. Crété et au sien, l'observation d'une femme présentant des hallucinations psychomotrices et de la sialorrhée. La voix d'un de ses parents parlait par sa bouche, ce qui lui faisait croire qu'elle était ventriloque. La voix lui parlait si fort pendant la nuit, que la malade se réveillait effrayée, se demandant si ses voisines n'avaient pas entendu ce qu'on lui disait. A ce moment il lui venait même un flot de salive à la bouche. Cette malade a pu guérir et quitter l'asile.

M. Trénel pense que la coexistence des hallucinations psychomotrices et de la sialorrhée peut s'expliquer par l'excitation simultanée de centres certicaux très voisins.

Les lésions névropathiques du cortex dans la paralysie générale.

M. Marchand expose que la méthode de Weigert, élective pour la névroglie, peut permettre de voir si, dans la paralysie générale, la lésion débute par la cellule ou le tissu de soutien. Il a toujours trouvé des lésions névrogliques chez les paralytiques généraux morts au début de la maladie. D'une façon générale, M. Marchand pense que, plus la démence est accentuée, plus les lésions névrogliques sont accusées. Il rapporte l'observation d'un paralytique, ayant été l'objet d'un examen hystologique, caractéristique à cet égard. Les lésions névrogliques peuvent d'ailleurs être très accusées, alors que la cellule reste saine. En résumé, M. Marchand estime que la théorie parenchymateuse et la théorie interstitielle peuvent être soutenues l'une et l'autre avec des arguments de même valeur.

Des injections de sérum chez les aliénés.

M. Pactet donne, au nom de M. Marie, lecture de conclusions auxquelles M. Buvat et lui ont été conduits par la pratique des injections de sérum chez les aliénés.

Le sérum est applicable à toutes les affections mentales. C'est

un stimulant de toutes les fonctions. Des mélancoliques, des maniaques, des confus, ont été guéris par le sérum et le repos. Plusieurs épileptiques et paralytiques généraux ont aussi été améliorés.

M. Joffroy constate que s'il n'a pas toujours trouvé dans le sérumthérapie les résultats thérapeutiques désirés, la méthode est d'une innocuité absolue.

M. Briand, qui a fait, pour la première fois, en 1894, des injections de sérum artificiel à dose massive chez les aliénés, n'a jamais eu qu'à se louer de cette pratique.

M. Vallon demande qu'en l'absence de M. Marie, la discussion soit remise à une autre séance.

Etude cytologique du liquide céphalo-rachidien.

M. Joffroy rapporte l'observation d'un alcoolique nullement soupçonné de paralysie générale dans le liquide céphalo-rachidien duquel la ponction lombaire révéla la présence de nombreux éléments cytologiques.

Quelque temps après, le malade fut pris d'agitation et présenta pour la première fois des signes de paralysie générale qui se sont graduellement complétés.

M. Magnan rappelle que, dans certains cas, le diagnostic d'alcooliques chroniques avec lésions méningitiques et de paralysie générale au début, est extrêmement délicat. Il se demande si l'examen du liquide céphalo-rachidien pourrait donner des renseignements utiles.

M. P. Garnier. — Les ponctions ont-elles été faites pendant l'accés délirant? Combien en a-t-on pratiqué?

M. Christian voudrait connaitre le résultat des recherches de M. Joffroy, relatives à la fréquence des lymphocytes dans la paralysie générale.

M. Joffroy répond qu'il n'a été pratiqué qu'une ponction chez son malade, et qu'à ce moment il était en plein accès. En ce qui concerne la fréquence des lymphocytes, il a remarqué que ces éléments, très rares dans le liquide céphalo-rachidien normal, deviennent extrêmement nombreux chez les paralytiques généraux.

M. Nageotte confirme l'opinion de M. Joffroy. M. B.

Séance du 24 juin 1901. — Présidence de M. Joffroy.

Folie myxœdémateuse et traitement thyroïdien des psychoses.

M. Legrain donne lecture d'un rapport sur le mémoire de

M. Pilcz, relatif au traitement des psychoses par le liquide thyroïdien.

En face d'un myxœdémateux avec troubles mentaux, trois questions peuvent se poser : la psychose est-elle un symptôme du myxœdème? En est-elle indépendante? Quels sont les signes qui peuvent différencier les deux espèces? Tels sont les points que l'auteur examine. M. Pilcz donne l'observation d'une mélancolique avec agitation anxieuse, idées de négation et pachydermie, dont l'état s'améliorait dès qu'elle était soumise à la médication thyroïdienne, alors que son état s'aggravait quelques jours après la cessation du traitement, pour guérir enfin définitivement après l'avoir repris.

L'auteur termine son mémoire par une étude d'ensemble de tous les cas de folie non myxœdémateuse dans lesquels, pour des raisons d'analogie clinique, certains médecins ont institué, avec succès, la médication thyroïdienne.

M. Rayneau. — J'ai dans mon service un myxœdémateux chez lequel la torpeur intellectuelle et la bouffissure de la face disparaissent sous l'influence de la médication thyroïdienne, pour reparaître dès qu'on suspend le traitement.

Considération sur le délire des actes dans la paralysie générale.

M. Truelle communique une étude sur le délire des actes dans la paralysie générale, d'où il résulte que les troubles de l'activité, dans l'encéphalite diffuse chronique, peuvent porter sur les trois catégories d'actes automatiques, instinctifs, volontaires. Or, nous sommes à peu près incapables de définir l'acte automatique. — Les actes instinctifs des paralytiques généraux seraient contraires à l'instinct, si l'instinct existait d'une façon précise et parfaite chez l'homme. Il ne reste donc pour constituer la majeure partie des actes morbides, dans la paralysie générale, que les actes volontaires. Selon l'origine de la solution qui les commande, on peut les différencier en démentiels et délirants avec cette réserve que ces derniers participent à certains caractères des premiers. Leur caractère (impulsivité, absurdité, répréhensibilité) est dans l'immense majorité des cas, sous la dépendance de l'affaiblissement spécial des facultés intellectuelles. Ainsi, dans la paralysie générale la démence globale et progressive donne la note fondamentale à toutes les discordances de l'activité, comme elle le fait pour les troubles intellectuels proprement dits.

M. Marie a observé de l'automatisme psychologique chez deux paralytiques généraux : l'un d'eux se croyait transformé en sa femme et écrivait au médecin pour réclamer la sortie de son mari ; l'autre croyait avoir quelqu'un dans la gorge et en écrivant se substituait à cet individu.

Imbécillité et paralysie générale juvénile.

M. Toulouse fait, au nom de M. Marchand et au sien, communication d'une observation de paralysie générale chez une jeune fille de quinze ans, chez laquelle les symptômes de démence avaient été attribués à un état d'imbécillité congénitale compliqué d'épilepsie. La malade mourut à l'âge de dix-sept ans. L'examen micrographique prouva qu'il s'agissait réellement d'un cas de paralysie générale juvénile.

L'observation montre combien le diagnostic de paralysie générale est difficile, quand cette maladie se présente chez un adolescent et que les antécédents du malade font défaut. Le diagnostic d'imbécillité, porté tout d'abord, était inexact, puisque la faiblesse intellectuelle progressa. Il ne s'agissait davantage d'un cas de démence épileptique bien que la malade ait eu des attaques convulsives, car les accès se sont surtout montrés à la fin de la vie. Enfin elle avait subi une diminution de poids comme on en rencontre dans la paralysie générale. Le diagnostic s'étayait d'ailleurs sur les autres signes habituels de la méningo-encéphalite chronique.

M. Vallon. — Il me semble que le diagnostic qui résulte de l'observation est celui de paralysie générale survenue chez une imbécile.

M. Toulouse. — Nous n'avons pu obtenir aucun renseignement sur le passé de la malade; mais je reconnais que sa faiblesse intellectuelle pouvait être rapportée à une imbécillité congénitale.

Méningite tuberculeuse à forme mélancolique.

M. Vigouroux communique l'observation d'un homme, ayant succombé à une méningite tuberculeuse et qui, plusieurs mois avant sa mort, avait présenté un état mélancolique d'une forme clinique un peu spéciale.

M. Vigouroux se demande si l'on doit comme la méningite à laquelle a succombé son mélancolique, comme la phase terminale de son infection tuberculeuse ou bien si l'on doit rapporter le syndrome mélancolie à une évolution chronique de processus tuberculeux dans les méninges, le malade n'ayant succombé qu'à une poussée inflammatoire aiguë? — Ce qui inclinerait à faire admettre la dernière hypothèse, c'est que les troubles mentaux observés se rapprochent beaucoup du tableau que M. Chantemesse trace des troubles intellectuels de la méningite tuberculeuse.

Un cas de gliome cérébral.

M. Vigouroux rapporte une autre observation relative à un cas de gliome cérébral l'amenant aux remarques suivantes : malgré son volume, expose M. Vigouroux, et l'envahissement du lobe sphéroïdal et d'une partie du lobe frontal, cette tumeur n'a donné lieu qu'à des attaques épileptiformes ne présentant aucun caractère particulier. L'aphasie sensorielle qui a été constatée, à la période terminale, semble due à des hémorrhagies du tissu gliomateux. Enfin, M. Vigouroux rappelle, en terminant, combien est délicat le diagnostic entre l'incohérence véritable de l'aliéné et l'incohérence apparente du malade atteint seulement de surdité verbale.

Il a dans son service un aphasique sensoriel qui, malgré une jargonophasie incompréhensible, s'occupe raisonnablement. Il voudrait savoir si ces cas sont fréquents.

M. Dupain répond qu'il observe en ce moment un malade offrant des symptômes à peu près semblables à ceux qui viennent d'être signalés.

M. Briand. — Je puis répondre à M. Vigouroux que nombreux sont les aphasiques nullement aliénés, au sens propre du mot, et qui viennent échouer dans les asiles. Leur langage est tellement bizarre qu'on les prend facilement pour des déments vésaniques. La confusion est d'autant plus facile que ces individus s'excitent facilement, dans leur étonnement de ne pas être compris de leurs interlocuteurs. Ce sont de simples affaiblis, à lésions circonscrites. avec lesquels on arrive à pouvoir causer, quand on les connaît bien. En tenant uniquement compte de leurs intonations on finit par les comprendre.

M. Pactet. — Le diagnostic de tumeur cérébrale n'est souvent fait qu'à l'autopsie, malgré qu'il s'agisse de tumeurs volumineuses. Je me rappelle un malade, traité comme épileptique simple, qui succomba à la suite d'accès sub-intrants. L'autopsie fit découvrir une tumeur du cervelet.

M. Colin a observé un cas analogue chez une jeune fille, sujette à de violents maux de tête et à quelques accidents convulsifs. On la considérait comme hystérique. Elle mourut subitement. A l'autopsie on trouva une tumeur du cervelet.

Les injections de sérum chez les aliénés.

M. Marie, revenant sur la communication lue à la dernière séance par M. Pactet, dit qu'il s'est servi dans son expérimentation de sérum fabriqué d'après la formule d'Hayem. A cette méthode était adjointe l'alimentation faiblement chlorurée.

M. Briand. — Ainsi que je l'ai fait remarquer ici dès 1894, qu'il me soit permis ici de le rappeler, afin de conserver la priorité de cette thérapeutique chez les aliénés, je considère que le traitement des psychoses, par la serumthérapie, n'est efficace qu'à la condition d'employer des doses assez élevées (de 500 à 1500 par injection). Les injections doivent être répétées quotidiennement. Après bien des tâtonnements, je suis arrivé aux formules suivantes :

Dans les formes cachectiques j'emploie le sérum d'Hayem. S'il y a de l'agitation et surtout de l'agitation anxieuse, je remplace le chlorure par 6 ou 7 grammes de bromure de potassium ou de sodium. J'emploie aussi le sérum à l'iodure de potassium et même l'eau ordinaire stérilisée ou l'eau distillée, toujours à doses massives.

Depuis longtemps j'ai renoncé aux injections intra-veineuses si avantageusement remplacées par les injections intra-musculaires qui sont absolument inoffensives à la condition d'être pratiquées aseptiquement et lentement. A cet effet j'ai fait construire un ballon stérilisateur automatique, qu'après avoir longuement expérimenté, j'ai présenté ici il y a quelques années. Sans vouloir entrer dans un exposé détaillé de la question, je puis signaler dès maintenant que ce sont les cas suraigus qui sont les plus justiciables de la méthode.

A titre de curiosité, je veux cependant citer le cas d'une délirante chronique chez laquelle les troubles de la sensibilité générale et les interprétations délirantes cessent dès qu'on la soumet au traitement dit de lavage du sang. Les injections sérum bromuré ou ioduré, restent sans retentissement du côté de la peau et ne produisent jamais d'acné. C'est, à ce titre, la méthode de choix chez certains individus épileptiques, syphilitiques, etc., qui ne peuvent prendre de bromure ou d'iodure sans avoir une éruption d'acné, malgré l'antiseptie intestinale la plus rigoureuse.

Marcel Briand.

BIBLIOGRAPHIE.

XVII. *La suspension comme méthode de traitement des maladies nerveuses ;* par le Dr Ostankoff. (*Recueil des travaux de la clinique des maladies nerveuses et mentale* du professeur Bechterew, Saint-Pétersbourg, 1900, n° 2.)

L'auteur a appliqué la suspension dans le traitement de 37 cas

des différentes affections du système nerveux. Les résultats obtenus par l'auteur sont présentés par le tableau suivant :

	NOMBRE	AMÉLIORATION	AMÉLIORATION temporaire.	SANS RÉSULTATS	AGGRAVATION
Ankylose de la colonne vertébrale.	1	»	1	»	»
Myélites par compression	4	3	1	»	»
Myélites chroniques transverses.	6	1	2	3	»
Méningo-myélites.	1	1	»	»	»
Syringomyélie	6	1	1	3	1
Paraplégie spasmodique et sclérose en plaque.	3	1	»	2	»
Sclérose diffuse.	2	2	»	»	»
Tabes dorsalis	14	9	1	2	2
Total.	37	18	6	10	3

Des expériences faites par l'auteur sur les chiens et des observations précédentes, l'auteur conclut que la suspension est un moyen thérapeutique très efficace, donnant des bons résultats dans le traitement des maladies nerveuses. De tous les procédés employés dans ce but jusqu'à présent, l'auteur préfère la suspension par le procédé Sprimon-Bechterew. Il a également essayé l'élongation avec l'appareil de M. Gilles de la Tourette et l'extension sur le lit du malade. D'après M. Ostankoff la suspension faite avec un poids de 45 à 50 kilos, l'élongation avec une fraction de 70 kilos et l'extension avec 40-60 kilos ne présentent aucun danger et rendent de grands services dans le traitement des maladies nerveuses. C'est dans les myélites et dans le tabes dorsalis que la suspension rend un notable service, surtout lorsque le tabétique se trouve dans le deuxième degré d'un tabes à l'évolution lente. Tous les symptômes du tabes sont influencés par la suspension. Cette dernière agit parfois sur les troubles visuels, et sur le réflexe rotulien. L'action de la suspension est toujours favorable vis-à-vis des troubles sensitifs d'origine médullaire, des troubles de la miction, de l'impuissance, des réflexes cutanés et des troubles digestifs. Tous ces symptômes du tabes dorsalis, ainsi que la douleur, sont toujours ou à peu près toujours améliorés par la suspension. Celle-ci doit être recommandée à plusieurs reprises. Elle doit être essayée dans le traitement de la méningomyélite et dans la sclerose diffuse. Son application est

inutile dans la syringomyélie et la myélite transverse, où elle aggrave parfois la situation. Par contre, dans les myélites par compression elle donne de bons résultats.

Quelle est l'action de la suspension ? L'auteur proteste contre l'opinion de quelques neuropathologistes qui prétendent que la suspension agit par son effet suggestif. Pour l'auteur, la suspension, appliquée avec précaution et dans les limites déterminées, provoquent des modifications dans la circulation générale et dans celle qui alimente le système nerveux. La suspension brutale et forcée occasionne des modifications de la circulation qui peuvent déterminer la mort du malade. Les expériences ont montré que sous l'influence de la suspension il se produit des modifications dans la circulation du cerveau.

L'auteur a constaté que la suspension produit une diminution du calibre des artères cérébrales, une élévation de la pression artérielle et une diminution de la pression interne du crâne. Après la suspension ces phénomènes changent, il se produit alors un agrandissement du calibre des artères cérébrales, un abaissement de la pression artérielle et une élévation de la pression interne du crâne. Il résulte une hyperémie du système nerveux, qui est surtout prononcée dans la portion lombaire de la moelle et dans le bulbe. Les modifications du pouls sont les suivantes : sous l'influence de la suspension il devient d'abord fréquent ; sa tension diminue. Après la suspension les pulsations sont moins fréquentes et la tension artérielle augmente. La respiration subit également des modifications sous l'influence de la suspension ; mais ces modifications sont moins constantes que pour le pouls. Les modifications de la circulation produite par la suspension entraînent des contre-indications de ce traitement chez les cardiaques, chez les artério-scléreux, les anémiques, les tuberculeux et chez tous ceux qui souffrent d'une affection pouvant s'aggraver par les modifications précédentes. P. Kouindjy.

FAITS DIVERS.

Asiles d'aliénés. — *Nominations et promotions :* M. le Dr Musin, médecin-adjoint à Armentières, est nommé à l'asile de Dury ; — M. le Dr Raviart, médecin adjoint à Dury, est nommé à l'asile d'Armentières (Nord) ; — M. le Dr Thibaut, médecin adjoint à Quatre-Mares (Seine-Inférieure), est promu à la classe exceptionnelle du cadre ; — M. le Dr Dousout, médecin directeur de l'asile de Naugeat, est admis à faire valoir ses droits à la retraite.

COURS DE CLINIQUE DES MALADIES MENTALES ET DES MALADIES DE L'ENCÉPHALE, ASILE CLINIQUE. — M. le Pr JOFFROY a commencé le cours de Clinique des maladies mentales le lundi 18 novembre 1901, à deux heures et demie, à l'Amphithéâtre de l'Asile clinique, et le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure. 1° Conférences sur l'Anatomie normale ou pathologique du cerveau, ou sur la Séméiologie des maladies mentales, les lundis et vendredis, à deux heures, avant le cours, par MM. les docteurs Mignot et Mercier, chefs de clinique; 2° Exercices ophtalmologiques sur les malades, les mercredis, à dix heures du matin, par M. le docteur Schrameck, chef des travaux d'ophtalmologie.

ENSEIGNEMENT DE LA MÉDECINE LÉGALE PSYCHIATRIQUE. — M. le Dr Paul GARNIER, médecin en chef de l'Infirmerie spéciale des aliénés : conférences cliniques de psychiatrie médico-légale le mercredi et le vendredi de chaque semaine à 1 h. 1/2. MM. les docteurs en médecine, les internes des hôpitaux et les étudiants parvenus au terme de leur scolarité peuvent se faire inscrire au secrétariat de l'Infirmerie spéciale, 3, quai de l'Horloge. — Après trois mois d'assiduité à cette clinique, un *certificat de stage médico-légal physchiatrique* est régulièrement délivré.

AVIS A NOS ABONNÉS. — *L'échéance du* 1er *JANVIER étant l'une des plus importantes de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs dont l'abonnement cesse à cette date, de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur renouvellement. Ils pourront nous adresser ce montant par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité, qui leur remettra un reçu de la somme versée. Nous prenons à notre charge les frais de* 3 *p.* 100 *prélevés par la poste, et nos abonnés n'ont rien à payer en sus du prix de leur renouvellement.*

Nous leur rappelons que, à moins d'avis contraire, la quittance de réabonnement leur **sera présentée, augmentée des frais de recouvrement,** *à partir du* **15 Janvier.** *Nous les engageons donc à nous envoyer DE SUITE leur renouvellement par un mandat-poste.*

Afin d'éviter toute erreur, nous prions également nos abonnés de joindre à leur lettre de réabonnement et à toutes leurs réclamations la BANDE de leur journal.

— *Nous rappelons à nos lecteurs que l'abonnement collectif des* **Archives de Neurologie** *et du* **Progrès Médical** *est réduit à* **30 francs** *pour la France et l'Etranger.*

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

TABLE DES MATIÈRES

ABSENCES psychiques chez les hystériques, Luzenberger, 130.
ACROPARESTHÉSIE, par Luzenberger, 533.
ADIPOSE douloureuse, par Achard et Laubry, 57. Autopsie dans un cas d'—, par Dercum, 228.
AFFAIRE Waldstein à Prague, par Benedikt, 43.
ALCOOL. Influence de l'— et du tabac sur le travail, par Féré, 369, 463.
ALCOOLIQUE. Homicide —, par Sullivan, 406.
ALCOOLISME. Rapports de l'— et des suicides en Angleterre, par Sullivan, 132. L'— à Vienne, 285. Drames de l'—, 286, 366, 414. Influence de la syphilis héréditaire de l'— et de quelques professions insalubres sur la production des maladies chroniques du système nerveux chez les enfants, par Bourneville, 331.
ALIÉNATION. Rapports de l'— et de la tuberculose, par La Bonnardière, 72c
ALIÉNÉS. Soins des femmes auprès des hommes —, par Jurmann, 48. Soins donnés aux — dans l'Etat de New-York, par Shrady, 49. — en liberté, 76, 282, 365, 446, 545. Statistique des — du canton de Zurich, par Sérieux, 166. Réactions de la peau chez les —, par Marandon de Montyel, 384. De la barbe chez les femmes —, par Dupré et Aimé, 354. Médecine légale des —, par Krafft-Ebing, 361. Juif —, par Beadles, 406. Affections cutanées chez les —, par Hyslop, 413. Société de patronage des — du canton de Zurich, 431. Pavillon des — criminels de Duren, 432. Sorties précoces chez les —, par Zonoli, 435. Législation comparée des —, Renton, 435. Hôpitaux d'— urbains, par Sioli et Dannemann, 440.
AMAUROSE hystérique monoculaire chez une jeune fille, par Veasey, 150.
AMNÉSIE. Un cas d'— continue consécutif à une tentative de suicide par l'oxyde de carbone, par Truelle et Petit. 86.
AMUSIE. Etude de l'—, par Bronislawski, 279.
AMYOTROPHIE. Arthropathies dans l'—, par Etienne, 38. — et syringomyélie comparées, par Guillain, 60.
ANALGÉSIE. Sur l'— épigastrique profonde, par Rossi, 41. — suggérée pendant le sommeil, par Manfroni, 358.
ANATOMIE cérébrale et psychologie. par J, Soury, 28, 97.
ANESTHÉSIE généralisée et presque totale, par Féron, 42.
ANGOISSE, La névrose d'—, par Hartenberg, 311.
ANORMAUX. Ecoles pour enfants — en Suède, par Daniel, 435.
APHASIE, par Brissaud, 152. — sensorielle et motrice transcorticale, par Larionow, 298.
APHONIE hystérique dans un grand mal épileptique, par Clarke, 303.
ARTHROPATHIES syringomyéliques, par Preobrajenski, 38. — dans l'amyotrophie, par Etienne, 58. Adipose douloureuse et —, par Heitz et Renon, 157.
ASILES. Les punitions sont-elles justifiées dans les —, par Drapes, 50. Gardes de nuit et surveillance dans les —, par Elkins et Middlemass, 50. Système Brabazon dans un —, par Marr, 51. Evolution de l'architecture des —, par Steen, 52. La question des infirmiers dans les —, par Timofelew, 53. — d'aliénés, 79, 168. Laïcisation de l'— de Naugeat,

172. Représentation de gala à l'— de Villejuif, 174. — nominations, 175. Vœu concernant les employés des —, par Doutrebente, 268, — 288, 367. Personnel secondaire des —, par Taguet. 415. Anniversaire de l'— d'Alt-Scherbitz, par Buchka. 430. Réglement du concours d'internat des — de la Seine, 436. Annuaire de l'internat des — de la Seine, 445. Le pavillon de chirurgie des — d'aliénés de la Seine, par Picqué, 452.

Aspirine. Traitement des douleurs du tabès par l'—, par Marchand, 342.

Assassinat d'un fonctionnaire par un aliéné, par de Bechterew, 46.

Assistance des idiots et des épileptiques, par Nikitine, 61. — des aliénés à domicile, 170. — des idiots, 367.

Association médico-psychologique de Londres. Discours de Fletcher Beach, 401.

Astaso-basophobie, par Dupré et Delarue, 354.

Astéréognose. Etudes sur l'—, par Dercum, 151.

Ataxie locomotrice. Symptômes oculaires dans l'—, par Turner Vaughan, 304.

Atrophie olivo-ponto-cérébelleuse. par Déjerine et Thomas, 528.

Auto-accusation. Délire d'—, par Oudard, 280.

Automatisme alcoolique extrêmement prolongé, par Dobrotworsky, 130. — ambulatoire épileptique, par Mac Carthy, 142.

Bleu de Méthylène. Méthode d'Unna au —, par Cluich. 140. Eliminadu — dans les psychoses, par Bodoni, 221.

Brulure électrique du nerf cubital, par Decroly, 129.

Bulletin bibliographique, 79.

Catatonie et insuffisance rénale, par Régis et Lalanne, 352.

Cautérisation. Rôle psychique de la — dans la thérapeutique des Arabes, par Hickmet, 359.

Cellulaires. Lésions — corticales dans les accidente mentaux des maladies générales, par Faure, 340.

Cellules radiculaires motrices après section de leur cylindraxe, par Marinesco, 123. Anastomoses des — nerveuses, par Crevatin, 127. Modifications des — par la putréfaction, par Bardsky, 223. Pathologie des — des ganglions sensitifs, par Luzaro, 223. — nerveuses à deux noyaux, par Sano. 525.

Céphalées et intoxications, par Bouyer, 278.

Cerebelleuse. Tumeur — et épilepsie, par Marchand, 269.

Cérébrale. Tumeur — à forme psycho-paralytique. par Cestan et Lejeune, 158. Chirurgie — moderne, par Brewer, 532.

Cerveau. Abcès du —, par Heitz et Bender, 153. Echinocoque du —, par Resnillow, 298. Symptômes optiques et auditifs dans les tumeurs du —, par Wilder, 302. Abcès du — à pneumocoques. par Recroly, 515.

Cervelet. Relation d'un cas de tumeur du —, par Mac Caskey, 308.

Chromatolyse après la résection du pneumogastrique, par Ladame. 127.

Chiasma. Lésions du — optique, par Leszinsky, 141.

Circonvolution. Angiome de la — de Broca, par Shoyer, 521.

Cirrhose. Altérations nerveuses dans la —, par de Buck, 525.

Clonisme. Etude sur le — tandineux, par Crocq, 525.

Crime. Etat névropathique héréditaire associé au —, par Winter, 44,

Congrès pour l'amélioration du sort des aveugles, 74. — des neurologistes et des aliénistes des pays de langue française, 75, 170, 233. Discours de M. Labussière, 233; de M. Chenieux, 234; de M. Ballet, 236; de M. Drouineau, 246. Le punch, 262, 312, 415.

Contracture. Physiologie et pathologie du tonus musculaire, des réflexes et de la —, par Crocq, 314.

Corps calleux. Gliome du —. par Blackwood. 523.

Corps étrangers des bronches, par Simpson, 523.

Décomposition rapide avant et après la mort, par Wihtcombe, 109.
Dégénérés hystériques au point de vue médico-légal, par Pareau, 276.
Dégénérescence. De la — dans les vieilles localités, par Pailhas, 313.
Déglutition. Forme particulière du trouble de la —, par Rossolimo, 62.
Délire. Du — aigu au point de vue clinique, anatomo-pathologique, et bactériologique, par A. Carrier, G. Carrier et E. Martin, 247. — aigu à début paranoïaque, par Roubinowitch, 260. Etude du — des inventions, par Delarras, 278. — systématisés secondaires, par Proust, 282. — transitoires séniles, par Michaud, 361. — aigu et urémie, par Cullerre, 449.
Démonstrations de préparations d'anatomie pathologique, par Botton, 520. — des modifications des cellules dans la paralysie générale, par Watson, 520. — des altérations des grandes cellules nerveuses chez les aliénés, par Turner, 520. — de l'histologie des cellules de la névroglie, par Robertson, 520.
Dermo-neuro-fibromatose. Un cas de —, par Haushalter, 41.
Désintégration. Des foyers lacunaires de —, par P. Marie, 515.
Diabétique. Etude d'un cas de paralysie —, par Marinesco, 159.

Ecorce cérébrale. Sur la physionomie et le moment d'apparition des lésions cadavériques de l'—, par Faure et Laignel-Lavastine, 59. Centres myosiques et accomodateurs de l'—, par de Bechterew, 118. Modifications des cellules de l'— dans la fatigue, par Guerrini, 223.
Ecriture de Léonard de Vinci. — en miroir, par G. Ballet, 119. — en miroir, par Schnitzer, 120. — en miroir, par Meige, 266.
Education et instruction, théories pédagogiques de Herbart, par Mauxion, 69.
Elongation trophique appliquée à l'ulcère chronique de la jambe, par Chipault, 56.
Encéphalite aiguë sénile, par Raymond et Philippe, 154.
Épileptiques. De l'assistance des idiots et des —, par Nikitine, 61. Sur la parole des —, par Clark, 137. Influence du sang des — sur le développement embryonnaire, par Cené, 223.
Epilepsie. Etiologie de l'— dite essentielle, par Lhote, 74. — corticale, par Wassilieff, 64. Lésions de la corne d'Ammon dans l'—, par Borozdine et Lioubimow, 121. Attaque d'— suivie de chorée dans une folie perpuérale aiguë, par Easterbrook, 133. Relations entre la migraine et l'—, par Spiller, 144. Des hémorrhagies de la peau et des muqueuses pendant et après les accès d'— et de leur analogie avec les stigmates extatiques, par Bourneville, 264. Tumeur cérébelleuse et —, par Marchand, 269. — consciente, par Lalanne, 355. — traitement, assistance, etc., par Kovalevsky, 363. — associée à la folie, par White, 412.
Equitation. L'— et ses effets, par Monteil, 276.
Erythromélalgie. Réflexes dans l'—, par Cavazzani et Brocci, 124.
Etat mental d'Auguste Comte, par Ireland, 138.
Expertise. Psychologie de l'— médico-légale, par Betoulières, 279.

Famille. Quels malades aliénés faut-il placer dans les —, par A. Marie et A. Vigouroux, 446.
Folie. Signes physiques de la —, par Crookshand, 134. — syphilitique, par Hotchkis, 136. Maladies corporelles considérées comme cause et complications de la —, par Conford, 138. — subite d'un médecin, 176. — d'un régicide, 207. Guerre du Transvaal et la —, 368. Thérapeutique de la —, par Sainsbury, 533. Traitement des cas récents de —, par Burr, 534.
Fou. Odyssée d'un —, 367. Traitement du — en Perse, 534. — parricide, 546.

Ganglion sympathique. Chirurgie du — cervical supérieur, par Tuker, 531.
Gelsemium, Action du — sur les

noyaux des nerfs moteurs, par Whitehead, 529.
Gliome. Un cas de — cérébral, par Vigouroux, 542.
Glycosurie. Influence des psychoses sur les — nerveuses. par Blair, 407.
Grossesse. Fausse — chez une névropathe dégénérée, par Marandon de Montyel, 36. Fausses — et — nerveuses, par Lemesle, 358.
Gynécologiques. Considérations statistiques sur le service d'observations — de l'asile de Ville-Evrard. par Picqué et Febvré, 81.

Hallucinations. Troubles psychologiques consécutifs à des — provoquées, par Vaschide et Vurpas, 308. — psychomotrices et sialorrhée paroxysmale, par Trénel et Crété, 538.
Hédonal. Recherches sur l'—, par Roubinowitch et Philippet, 275.
Hemispasme et torticolis, par Babinski, 157.
Hemitonie apoplectique, par de Bechterew, 397.
Hémorragies de la peau et des muqueuses pendant et après les accès d'épilepsie et leur analogie avec les stigmates des extatiques, par Bourneville, 264.
Histoire médicale de J.-J. Rousseau, par Sibiril, 282.
Hypnotisme spontané, par Bérillon, 67. L'— et son traitement, par Crocq, 360.
Hypoglosse. Paralysie du grand —. par P. Marie et Guillain, 157.
Hypophyse. Développement de l'—, par Rossi, 125.
Hystérie juvénile chez une fillette de douze ans, par Cruchet, 177. L'—, sa nature, son étiologie, par Mix, 304. L'— et la neurasthénie chez les jeunes sujets, par de Merritt, 307. Diagnostic de l'—, par Burr, 309. Agents provocateurs de l'—, par Lépinay, 356. Etiologie et guérison de l'—, par Walter, 530. — ses rapports avec la folie, par Hungerford, 414.
Hystérique. Immobilité des pupilles dans les attaques —, par Karples, 39. Sein —, par Lannois, 355.

Idiots. De l'assistance des — et des épileptiques, par Nikitine, 61. Traitement médico-pédagogique des enfants —, par Bourneville, 343. Photographies et radiographies de malformations des membres chez les — par Bourneville, 352. Anomalies pupillaires chez les —, par Kœnig, 409.
Idiotie. Dixième conférence sur l'— à Elberfeld, 172.
Inanition complète. Fonctions nerveuses dans l'—, par Barbera, 126.
Incontinence d'urine guérie par suggestion, par Bourdon, 160.
Infirmiers. La question des — dans les asiles d'aliénés, par Timofelew, 53.
Inhibition. L'étude de l'—, par Gonzalès, 231.
Intoxication du système nerveux central par le bromure, la caféine, etc., par Portioli, 125.
Irresponsabilité chez les criminels, par Whiteway, 44. —, par Mercier, 46.
Ivrognerie. L'—, ses causes, sa guérison, par Westcott. 406.

Lécithine dans la thérapeutique du système nerveux, par Hartenberg, 268, — dans les maladies nerveuses, par Daniliewsky, 532.
Leptoméningite. Deux cas de —, par Barratt, 521.
Liquide. Ecoulement par le nez du — cérébro-spinal, par Frendenthal, 110. — Étude du — céphalo-rachidien, par Joffroy, 539.

Maladie de Friedreich. Deux autopsies de —, par Philippe et Oberthur, 157.
Maladie de Little. Traitement de la —, par Daniel, 532.
Mal de Pott. Etude histologique du — cancereux, par Oberthür, 158.
Manie. Théorie relative à la mélancolie et à la —, par Turner. 411. Cas de — traités sans médication sédative, par Hitchcock, 413.
Médecine mentale. Pratique de la —, par Kéraval, 68.
Médico-pédagogique. Traitement — des enfants idiots, par Bourneville, 343.
Mélancolie. Modifications physiques dans la —, par Bruce et Alexander, 405. Emphysème sous cutané dans

la —, par Cowen, 411. Théorie relative à la — et à la manie, par Turner, 411.
Mendiants et vagabonds dans les grandes villes, par Bonhoffer, 445.
Méningite tuberculeuse à forme mélancolique, par Vigouroux, 541.
Méningo-encéphalite diffuse chronique du côté gauche, par Brunet, 397.
Méningo-Myélite tuberculeuse avec autopsie, par Crocq, 116.
Mentaux. Troubles — toxi-infectieux, par Laignel-Lavastine, 342.
Méthode systématique pour recueillir les observations, par Newth, 133.
Migraine. Relations entre la névralgie du trijumeau et la —, par Putnam, 141. Relations entre la — et l'épilepsie, par Spiller, 144.
Mimiques. Troubles unilatéraux de la — faciale, par Lannois et Pautet, 352.
Moelle. Ligature de la — chez les animaux, par Crocq, 528.
Morphine. Traitement de l'habitude de la —, par Mac Bride, 530.
Muscle. A propos de certaines modifications du —, par de Buck et Demour, 117.
Musée. Nécessité d'un — et d'un laboratoire de pathologie et de physiologie cérébrales, par Newth, 49.
Mutisme. — Le — hystérique dans l'histoire, par Leroy, 506.
Myasthénique. Réaction électrique—, par Flora, 127.
Myélite syphilitique, par Hauser et Thomas, 61. Nature et traitement de la — aiguë, par Marinesco, 533.
Myxœdémateuse. Folie —, traitement thyroïdien, par Legrain, 539.

Neurasthénie. L'hystérie et la — chez les jeunes sujets, par de Merrit, 307. La nature de la —, par Ladova, 310.
Névralgie. Relation entre la — du trijumeau et la migraine, par Putnam, 141.
Névrite subaiguë par compression, par Kellogg, 150. Relation entre la — faciale et la — rétro-urbitaire, par Leszinski, 524.
Obsession. Théorie de l' —, par Arnaud, 337.
Œdème hystérique, par Cestan et Raymond, 60, par Voisin, 161.
Oniriocritie comitiale, par Fournié, 282.
Ophtalmoplégie. Étude sur l' — congénitale, par Cabannes et Barneff, 40.
Oreille. Malformation congénitale de l' —, par Kerr, 109. Pavillon de l' — valeur de ses anomalies, par Lucas, 279. Traitement des vertigineux de l' —, par Libotte, 534.

Palustre. Troubles nerveux d'origine —, par Brocquet, 311. Polynévrite, par Boinet, 311.
Paralytiques généraux. Etude de la dépendance des —, par Ricard, 277. Algidité centrale chez les —, par Joffroy, 329.
Paralysie générale. Hallucinations psycho-motrices dans la —, par A. Marie et Buvat, 1. Du sens génital étudié chez les mêmes malades, aux trois périodes de la —, par Marandon de Montyel, 14. Pathogénie des symptômes de lésions en foyer dans la —, par Mouratow, 131. Lymphocytose dans la —, par Anglade et Chocraux, 156. Névroglie dans la —, par Anglade, 157. — juvénile, par Devay, 273. Recherches sur l'étiologie de la —, par G. Boyer, 277. La — chez les religieux, par Caboureau, 281. De la — simple, par Duffou, 281. — juvénile, par Régis, 312. — à début anormal, par Pailhas, 314. Anatomie et pathologique de la —, par Orr et Cowen, 408. Anatomie et histopathologie de la —, par Soukhanoff et Geier, 529. Lésions du cortex dans la —, par Marchand, 538. Délire des actes dans la —, par Truelle, 540. Imbécillité et — juvénile, par Toulouse, 541.
Paralysie. Une épidémie de — spinale infantile, par Simonini, 42. — Saturnine anormale, par Onuf, 143. — de Landry, par Knapp et Jenks Thomas, 145. Tic et —, par Ballet, 154. — totale et isolée de la troisième paire, par Achard et L. Lévi, 154. — du grand hypoglosse par P. Marie et Guillain,

157. Anatomie pathologique de la — de Landry, par Guizetti, 224. Altérations spinales dans la — agitante, par Nonne, 227. — familiale périodique, par Crafts, 301. Un cas de — de Brown Sequard, par Woods, 302.
PARATHYROIDIENNES. Glandules —, par Livini, 126.
PATHOLOGIE. Nécessité d'un musée et d'un laboratoire de — et de physiologie cérébrale, par Newth, 49.
PATRONAGE familial en Hollande, par Peeters, 55.
PENSÉE. Contribution à l'étude de la — qui prend la forme de voix, par Piniatchewski, 119.
PERSONNEL. Enquête historique sur le — de surveillance des aliénés en Allemagne, par Piniatschewski, 53.
PHANTAGÉNIE physiologique, par Raymondeau, 334.
PHTISIQUES. Nécessité d'isoler les aliénés, par France, 53.
PITUITAIRE. Glande — considérée comme un facteur de l'acromégalie et du gigantisme, par Hutchinson, 518.
POLYNÉVRITE palustre, par Boinet, 311.
PONCTION LOMBAIRE. Effets physiologiques de la rachicocaïnisation et de la —, par Pitres et Abadie, 289.
PORENCÉPHALIE. Un cas de —, par Deganello, 223.
PROFESSIONS. Influence de la syphilis héréditaire, de l'alcoolisme et de quelques — insalubres sur la production des maladies chroniques du système nerveux chez les enfants, par Bourneville, 331.
PROPHYLAXIE dans les maladies mentales, par Richardson, 544.
PSYCHOLOGIE. Anatomie cérébrale et — par Soury, 28. La — nouvelle, par Maudsley, 113.
PSYCHO-MÉCANIQUE. Traitement — des tics et des habitudes, etc., par Bérillon, 356.
PSYCHO-PHYSIQUE. La perception —, par Edridge, 519.
PSYCHOSE post-opératoire, par Devay, 267. Anatomie pathologique dans les — fonctionnelles, par Heilbronner, 516.
PUERPÉRALE. Attaque d'épilepsie suivie de chorée dans la folie —, par Easterbrook, 133.
PUPILLES. Immobilité des — dans les attaques hystériques, par Karples, 39.

QUEUE DE CHEVAL. Hypertrophie de la —, par Thomas, 58. Tumeur comprimant la —, par Sachs, 143. Des lésions de la —, par Bechterew, 225.

RACHICOCAÏNISATION. Effets physiologiques de la — et de la ponction lombaire, par Pitres et Abadie, 289. Traitement des douleurs du tabès par l'aspirine et la —, par Marchand, 342.
RAMOLLISSEMENT, Rires et pleurs spasmodiques par — nucléo-capillaire antérieur, par E. Dupré et Devaux, 156.
RÉFLEXES. Dissociation et antagonisme de — tendineux et cutanés, par Crocq, 117. — chez les syphilitiques, par Binet-Sanglé, 128. Rapports entre les — et la tonicité musculaire, par de Renzy et Coop, 129. Polynévrites et —, par de Bürck, 129. — oculo-pupillaire, par Stefani et Nordera, 220. Contribution à l'étude du — plantaire, par Walton et Paul, 229. Physiologie et pathologie du tonus, des — et de la contracture, par Crocq, 314. Mécanisme physiologique des —, par Marchand et Vurpas, 328. — achilléens paradoxal, par Debray, 526. Raison et localisation du — patellaire, par Laureys, 526. — tendineux et — cutanés, par Laureys, 527. Etat des — chez les syphilitiques, par Binet-Sanglé, 527. — cutanés et tendineux par Van Gehuchten, 528. — dans la fièvre typhoïde, par Reumlinger, 529.
RÉFRACTION and how to refract, par Thorington, 166.
RÊVE obsédant, par Bérillon, 161.
RIRES et pleurs spasmodiques par ramollissement nucléo-capsulaire antérieur, par Dupré et Devaux, 156.

SCLÉRODERMIE, par Brissaud, 154.
SCLÉROSE cérébro-spinale disséminée, par Crocq, 42. Symptômes

oculaires de la — postérieure de la moelle, par Olivier, 299.
Sclérose en plaques. Des formes frustes de la —, par Schackewitsch, 39. —, par Touche, 154.
Sensibilité. Altération des — tactile et thermique, par Ferrari, 128, 221. La — cher les sourds-muets, par Ferrai, 223.
Sentiments. Les —, par Campbell, 111.
Sérum artificiel en aliénation mentale, par E. Faure, 167.
Sérum. Injections de — chez les aliénés, par Pactet. 538. —, par A. Marie, 542.
Sexes. Influence du prognathisme pour la détermination des —, par Guiffrida, 223.
Sitophobie observée chez des aliénés, par Maiorfi, 358.
Société d'hypnologie et de psychologie, 67, 160, 356.
Société médico-psychologique, par Briant, 537.
Société de neurologie, par Boissier, 56, 153.
Société de neuropathologie et de psychiatrie de Moscou, par Barnstein, Mourawieff et Versiloff, 61.
Sommeil. Procédé pour provoquer le — artificiel, par Hartenberg, 526.
Sourds-muets. La sensibilité chez les —, par Ferrai, 223.
Souvenir des mouvements passifs, par Joukowsky, 226.
Stéréotypies. Contribution à l'étude des —, par Cohen, 476.
Stigmates. Des hémorragies de la peau et des muqueuses pendant et après les accès d'épilepsie et de leur analogie avec les — des extatiques, par Bourneville, 264.
Suggestion. Rôle de la — dans la vie publique, par de Bechterew, 46. Suggestibilté et —, par Regnault, 67. Emploi de la — dans l'éducation artistique, par Joire, 357. — pédagogique dans le sommeil, par Bourdon, 358. — hypnotique dans l'éclampsie, par Le Menant des Chesnais, 358. —, son rôle dans l'éducation par Thomas, 444.
Suicide. Rapports de l'alcoolisme et des — en Angleterre, par Sullivan, 132. — d'un adolescent, 176. Pathogénie du —, par Reboul, 280. — d'enfants, 367.
Suspension. La — comme traitement des maladies nerveuses, par Ostankoff, 543.
Swedenborg. Histoire d'un visionnaire, par Ballet, 162.
Syphilis du système nerveux en Algérie, par Scherb, 58. — Du cerveau, par Eskridge, 303. Influence de la — héréditaire, de l'alcoolisme et de quelques professions insalubres sur les maladies nerveuses des enfants, par Bourneville, 331.
Syringomyélie. Forme rare de — avec méningite tuberculeuse, par Renoni, 41. Amyotrophie et — comparées, par Guillain, 60. Déformation de la colonne vertébrale dans la —, par Nalbandoff, 65. Traumatisme de la région cervicale simulant la —, par Lloyd, 147.
Syringomyéliques. Arthropathies —, par Préobrajenski, 38. Syndrôme — étendu unilatéral, par Sano, 43.

Tabac. Influence de l'alcool et du — sur le travail, par Féré, 369, 463.
Tabes. Sensibilité oculaire dans le —, par Le Merle, 280. Traitement des douleurs du — par l'asperine et la rachicocaïnisation, par Marchand, 342.
Tabétique. Etude de la paralysie post —, par Gardini, 41. Thermogenèse des —, par Marie et Guillain, 157.
Tactiomètre, par Motschoutkowski, 118.
Testament. Exécution d'un — dans un cas d'hémiplégie avec aphasie, par Edmunds, 45.
Thèses de Bordeaux, 276.
Thyroïdien. Accès d'asthme violent d'origine hypo —, par Ley, 40. Extrait — dans la folie, par Babrocq, 535.
Tic et paralysie, par Ballet, 154.
Torticolis. Deux cas de — mental chez les aliénés, par E. Martin, 270.
Tonus. Physiologie et pathologie du — musculaire, des réflexes et de la contracture, par Crocq, 314.

TRANSVERBÉRATION de Sainte-Thérèse d'Avila, par Lemesle, 67.
TROPHŒDÈME chronique héréditaire, par Lannois, 40.
TUBERCULOSE. Rapports de l'aliénation et de la —, par La Bonnardière, 72. Isolement des malades atteints de —, 168.
TUMEURS du système nerveux central, par Michelzzi, 123. — Gazeuses de l'abdomen, par Lemaistre, 329.

ULCÈRE. Application de l'élongation trophique à l' — de la jambe, par Chipault, 56.
URÉMIE. Délire aigu et —, par Cullerre, 449.
URÈTHRE. Retrécissement spasmodique de l'urèthre, par Wateau, 67.
UTÉRINES. Influence du psychique sur les fonctions, par Regnault, 161.

VAGABONDS. Mendiants et — des grandes villes, par Bonhöffer, 445.
VAGUE. Le — dans ses rapports avec les formes malignes de la rougeole, par Cioffi, 127.
VEINES spinales variqueuses, par Coon, 230.
VIOLONISTE prodige, par L. Dauriac, 67.
VISUELLES. Recherches expérimentales sur la mémoire des impressions, par Guerwer, 225.
VOMISSEMENTS incoercibles guéris par la suggestion, par Farez, 356.

TABLE DES AUTEURS ET DES COLLABORATEURS

Abadie, 389.
Achard, 57, 154.
Aimé, 354.
Alexander, 405.
Amata, 362.
Anglade, 156, 157.
Arnaud, 262, 337.
Aubry, 61.

Babinski, 157.
Babrock, 535.
Ballet (Gilbert), 59, 119, 154, 162, 236, 261, 267, 275, 341, 420, 421, 429.
Barbiera, 126.
Bardisky, 223.
Barnef, 40.
Barrat, 521.
Beadles, 406.
Bechterew (de), 46, 118, 225, 397.
Bendier, 153.
Benedikt, 43.
Berillon, 67, 161, 356.
Betoulières, 279.
Binet-Sanglé, 123, 527.
Blackwood, 523.
Blair, 407.
Bodoni, 221.
Boinet, 61, 311, 515.
Boissier, 61, 160, 166, 167, 364.
Bonhoffer, 445.
Borozdine, 121.
Botton, 520.
Bourdon, 160, 358.
Bourneville, 264, 266, 330, 331, 343, 352, 418, 419, 421, 422, 423, 424, 426, 427.
Bouyer, 278.
Boyer, 75, 277, 444.
Bracci, 124.
Briand, 258, 261, 271, 273, 420, 422, 423, 426, 539, 542, 543.
Brissaud, 153, 154, 271, 275, 327.
Brewer, 532.
Brocquet, 311.
Bronislawski, 279.
Bruce, 405.
Brunet, 397.
Buckka, 431.
Bück (de), 525.
Burk (de), 129.
Burr, 309, 534.
Buvat, 1.

Cabannes, 40.
Caboureau, 281.
Cahen, 476.
Campbell, 111, 137.
Carrier (A), 247.
Carrier (G), 247.
Cavazzani, 124.
Cené, 223.
Cestan, 60, 158, 327.
Chénieux, 234.
Chipault, 56.
Chocraux, 156.
Christian, 539.
Cioffi, 127.
Clark, 137.
Clarke, 303.
Clinch, 110.
Cochran, 534.
Colin, 542.
Conford, 138.
Coon, 230.

Coop, 129.
Cowen, 408, 411.
Crafts, 301.
Crété, 538.
Crevatin, 127.
Crocq, 42, 116, 117, 261, 266, 314, 360, 525, 526.
Crookshank, 134.
Cruchet, 177.
Cullerre, 449.

Daganello, 223.
Dannemann, 440.
Daniel, 435, 532.
Daniliewski, 532.
Dauriac (L.), 67.
Dawson, 524.
Dabray, 525.
Decroly, 129.
Dèjerine, 528.
Délarras, 278.
Delarue, 334.
Delmas, 127.
Demagny, 170,
Demoor, 117.
Deny, 118, 123, 130,
Dercum, 151, 228.
Devaux, 157.
Devay, 74, 267, 273, 274.
Dobotworsky, 130.
Doursout, 422, 423, 428.
Doutrebente, 266, 268, 418, 423, 426, 427.
Drapes, 50.
Drouineau, 246, 420, 421, 424, 426.
Duffon, 281.
Dupain, 542.
Dupré, 157, 160, 273, 354.

Easterbrook, 133.
Edmunds, 45.
Edridge-Green, 519.
Eide, 160.
Elkins, 50.
Eskridge, 303.
Etienne, 58.

Farazzi, 125.
Farez, 160, 356.
Faure, 59, 167, 262, 340.
Febvré, 81.
Feindel, 156.
Fenayrou, 428.
Fére, 369, 463.
Féron, 42.
Ferrai, 223,
Ferrari, 129.
Flechter-Beach, 401.
Flora, 127.
Fournié, 282.
France, 53.
Frendenthal, 110.

Garbini, 41.
Garnier, 539.
Gehuchten (van), 528.
Geier, 529.
Giraud, 417, 420, 423, 425, 426.
Giaffrida Ruggeri, 223.
Gonzalès, 231.
Guerwer, 225.
Guerrini, 223.
Guillain, 60, 157.
Guizzetti, 224.
Grasset, 324.

Hamel, 311, 361.
Hartenberg, 268, 311, 526.
Hauser, 61.
Haushalter, 41.
Hawkins, 524.
Heitz, 153, 157.
Helbronner, 516.
Hikmet, 161, 359.
Hitchcock, 413.
Hotchkiss, 136.
Hungerford, 414.
Hutchinson, 518.
Hyslop, 413.

Ireland, 138.

Jenks (Thomas), 145.
Joffroy, 329, 537, 539.
Joire, 357.
Joukowski, 226.
Jurmann, 48.

Karples, 39.
Kellog, 150.
Keraval, 68, 121, 122, 131, 226.
Kerr, 109.
Knapp, 145.
Kœnig, 409.
Korsakoff, 65.
Kovalewsky, 363.
Kouindjy, 545.

La Bonnardière, 72.
Labussière, 233.
Ladame, 123.
Ladova, 310.
Laignel-Lavastine, 59, 157, 342, 343.
Lalanne, 352.
Launois, 40, 271, 352, 355.
Larionow, 298.
Lastarac, 61.
Laubry, 57.
Laureys, 526, 527.
Legrain, 539.
Lejeune, 158.
Lemaistre, 329.
Le Menant des Chesnais, 359.
Lemerle, 280.
Lemesle, 67.
Lépinay, 356.
Leroy, 506,
Lesinsky, 141, 524.
Lévi (L.), 154.
Lévy, 60.
Ley, 40.
Lhote, 74.
Libott, 584.
Lioubimow, 121.
Livini, 126.
Lloyd, 147.
Lucas, 279.
Lutzenberger, 130, 533.
Lwoff, 427.
Luzaro, 223.

Mac Bride, 530.
Mac Carthy, 142.
Mac Caskey, 308.
Magnan, 539.
Maiorfi, 358.
Manfroni, 358.
Marandon de Montyel, 14, 36, 384.
Marchand, 261, 269, 274, 328, 342, 538.
Marie (A.), 1, 446, 540, 542.
Marie (P.), 157, 515.
Marinesco, 123, 159, 533,
Marr, 51.
Martin (E.), 247, 270, 271.
Maudsley, 113.
Mauxion, 69.
Meige, 61, 157, 266, 267, 270, 271, 272.
Mendelssohn, 326.
Mercier, 46,
Merritt (de), 307.
Michaud, 361.

Michelzzi, 123.
Middlemass, 50.
Minor, 66.
Mix, 304.
Monteil, 276.
Motschoukowski, 118.
Mouratow, 62, 64, 131.
Mourawieff, 63.
Musgrave Claye, 109, 110, 111, 113, 133, 232, 436, 519, 530.

Nageotte, 539.
Nalbandoff, 65.
Newth, 49, 133.
Nikitine, 61.
Nonne, 227.
Nordera, 221.

Oberthür, 157, 158.
Olivier, 299.
Onuf, 143.
Orr, 408.
Ostankoff, 543.
Oudard, 280.

Pactet, 538, 542.
Pailhas, 313, 314.
Pareau, 276.
Pau de Saint-Martin, 161.
Paul, 229.
Pautet, 352.
Peeters, 55.
Petit, 86.
Philippe, 154, 157, 160.
Philippet, 275.
Preobrajenski, 38.
Proust, 282.
Picqué, 81, 452.
Piniatschewski, 53, 119.
Pitres, 324, 389.
Portioli, 125.
Postowski, 62.
Poulard, 147, 167, 228.
Putnam, 141.

Raymond, 59, 154.
Raymondeau, 325.
Rayneau, 422, 540.
Reboul, 280.
Récroly, 515.
Régis, 255, 268, 274, 312, 338, 352.
Regnault, 67, 161.
Rellay, 363.
Renoni, 41.
Renton, 435.
Renzi, 129.
Resnikow, 298.
Reulinger, 529.
Reynou, 157.
Richardson, 536.
Robertson, 520.
Rossi, 41.
Rossolimo, 62.
Roth, 62, 63.
Roubinowitch, 260, 275.

Sachs, 143.
Sainsbury, 533.
Sano, 43, 525.
Schackewitsch, 39.
Scherb, 58.
Schnitzer, 120.
Séglas, 435.
Sérieux, 166, 435, 443.
Shrady, 49.
Shoyer, 521.
Sibiril, 282.
Simon, 534.
Simonini, 42.
Simpson, 523.
Sioli, 440.
Solovtzoff, 66.
Soukhanow, 529.
Soury, 28, 97.
Spiller, 144.
Steen, 52.
Stefani, 221.
Suker, 531.
Sullivan, 132, 406.

Taguet, 415, 418, 421, 423, 424, 426.
Thomas, 58, 61, 444, 528.
Thorington, 166.
Timofelew, 53.
Tokarsky, 62, 63.
Touche, 61, 154.
Toulouse, 541.
Toutyschkine, 64.
Trenel, 424, 538.
Truelle, 86, 540.
Turner, 411, 520.
Turner-Vaughan, 204.

Vaschide, 208.
Vallon, 423, 424, 539, 541.
Veasey, 150.
Versiloff, 63.
Vigouroux, 157, 446, 541, 542.
Voisin, 67, 161.
Vurpas, 208, 328.

Walter, 530.
Wassilieff, 64.
Wateau, 67.
Watson, 520.
Weidenhammer, 65.
Westcott, 406.
White, 412.
Whithead, 529.
Whiteway, 44.
Wihtcombe, 109.
Wilder, 302.
Winther, 44.
Woods, 302.

Zonoli, 435.

Evreux, Ch. Hérissey, imp. — 12-1901.

NB744

U HOLZER

3 2044 103 039